

国民健康保険傷病手当金支給申請書(世帯主記入用)

被保険者情報	被保険者番号		世帯主氏名	
	(フリガナ)		生年月日	昭和 平成 年 月 日
	氏名			
	住所	神戸市 区		
振込先	金融機関名称	銀行・信用金庫 信用組合・農協		
	預金種別	普通・当座 その他()	口座番号	
	口座名義 (カタカナ)			
		※左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1字として、姓と名の間は一字空けてください。 ※世帯主以外の口座に振込を希望する場合は、委任状もご準備ください。		
<p>上記のとおり申請します。 また、傷病手当金の支給決定にあたり、神戸市から事業主、保健所等に対して必要な情報の照会を行うことに同意します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>神戸市 区 長 宛 〒 -</p> <p>申請者 住所 神戸市 区 (世帯主) 氏名 電話 () -</p>				

※支給日数は厚生労働省が定める療養解除基準に基づき決定し、入院など特別な事情を除き、最大で発症日から7日間です。

保険者記入欄

公開の状況:非公開(神戸市情報公開条例第10条第1号)に該当		分類	17・04・02・03	保存	5年	
受付	令和 年 月 日	支給決定額		円		
起案	令和 年 月 日	算定式	①	直近3月間の給与収入	円	
決裁	令和 年 月 日		②	①の期間の賃金発生日数	日	
課長	係長		係	③	①÷②(10円未満四捨五入)	0円
				④	③×2/3(1円未満四捨五入)	円
				⑤	支給日数	日
				⑥	④×⑤	円
<input type="checkbox"/> 支給理由 神戸市国民健康保険条例第10条の2第1項に該当のため <input type="checkbox"/> 不支給理由						

国民健康保険傷病手当金支給申請書(世帯主記入用)

被保険者情報	被保険者番号	1234567			世帯主氏名	神戸 太郎						
	(フリガナ)	コウベ ジロウ			生年月日	昭和 平成 2 年 1 月 1 日						
	氏名	神戸 次郎										
	住所	神戸市 ○ 区 △ 町 1 丁目 2 番 3 号										
振込先	金融機関名称	○○			銀行・信用金庫 信用組合・農協	△△						
	預金種別	普通・当座 その他()			口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	口座名義 (カタカナ)	コウベ			タロウ							
		※左詰めめで記入してください。濁点、半濁点は1字として、姓と名の間は一字空けてください。 ※世帯主以外の口座に振込を希望する場合は、委任状もご準備ください。										
<p>上記のとおり申請します。 また、傷病手当金の支給決定にあたり、神戸市から事業主、保健所等に対して必要な情報の照会を行うことに同意します。</p> <p style="text-align: right;">令和 2 年 ○ 月 △ 日</p> <p>神戸市 ○ 区長宛 〒123-4567</p> <p>申請者 住所 神戸市 ○ 区 △ 町 1 丁目 2 番 3 号 (世帯主) 氏名 神戸 太郎 電話 (012) 345-6789</p>												

※支給日数は厚生労働省が定める療養解除基準に基づき決定し、入院など特別な事情を除き、最大で発症日から7日間です。

保険者記入欄

公開の状況:非公開(神戸市情報公開条例第10条第1号)に該当				分類	17・04・02・03	保存	5年	
受付	令和	年	月	日	支給決定額			円
起案	令和	年	月	日	算定式	① 直近3月間の給与収入		円
決裁	令和	年	月	日		② ①の期間の賃金発生日数		日
課長	係長	係		③ ①÷②(10円未満四捨五入)		円		
				④ ③×2/3(1円未満四捨五入)		円		
				⑤ 支給日数		日		
				⑥ ④×⑤		円		
<input type="checkbox"/> 支給理由 神戸市国民健康保険条例第10条の2第1項に該当のため <input type="checkbox"/> 不支給理由								

国民健康保険傷病手当金支給申請書 (被保険者記入用)

被保険者氏名	神戸 次郎
--------	-------

症状が出た日	令和 2 年 3 月 10 日	公的相談窓口への相談日 ※相談した場合に記入	令和 2 年 3 月 13 日 (16 時頃)								
①	公的相談窓口への相談内容及び指示内容 ※相談できなかった場合は、その理由	<相談した場合> どういう症状があり相談したのか、それに対してどのような指示を受けたのかを詳しく具体的に記入してください。 <相談できなかった場合> 電話相談できなかった理由を詳しく具体的に記入してください。									
②	医療機関の受診状況	①. 受診した 2. 受診していない									
③	(②で「受診した」と回答した場合) 医療機関の受診日と医療機関名	令和 2 年 3 月 10 日	国保総合病院								
		令和 年 月 日									
		令和 年 月 日									
		令和 年 月 日									
④	症状及び経過 ※詳しく具体的に記入。 ※医療機関を受診していない場合は、受診できなかった理由も記入。	・どのような症状が、いつからいつまでであったのか。 ・発熱した場合は、その時の体温などについて、分かる範囲でできるだけ詳しく具体的に記入してください。 医療機関を受診していない場合は、受診できなかった理由を詳しく具体的に記入してください。									
⑤	療養のために休んだ期間	令和 2 年 3 月 10 日から 令和 2 年 3 月 27 日まで	⑥左記期間のうち、勤務ができなかった日数 (新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む)によらない休暇や勤務予定がなかった日は除く。)								
⑦	上記の療養のために休んだ期間に給与等の支払いを受けましたか。または、今後受けられますか。	1. はい ②. いいえ									
⑧	⑦で「はい」と回答した場合、その給与等の額と、その報酬支払の対象となった(なる)期間を記入。	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	(給与等の額:円) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>								

事業主記入欄	令和 2 年 4 月 5 日
	上記⑤～⑧の内容については、当事業所において把握している内容と相違ないことを証明します。
	事業所所在地 ▲▲県●●市■町1丁目2番3号
	事業所名称 (株)国保サービス
事業主氏名 国保 花子	
担当者氏名	電話番号

国民健康保険傷病手当金支給申請書(事業主記入用)

被保険者氏名			
被保険者との契約形態	<input type="checkbox"/> 雇用契約 <input type="checkbox"/> 請負・委託契約 <input type="checkbox"/> その他()		
	※給与を支給している方のみが対象です。請負で報酬を支払っている場合等は対象外です。		
契約開始日	昭和・平成・令和 年 月 日		

①新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む。後遺症は含みません。)により、労務に服することができなかった期間の勤務状況
 【出勤は○】、【公休日は公】、【上記事由による有給休暇は△】、【上記事由による無給休暇は×】、【上記以外の事由による有給休暇は＝】、【上記以外の事由による無給休暇は／】で表示してください。 ※有給休暇には、給与の一部を減額している場合を含みます。

労務に服することができなかった日が属する月の勤務状況	令和 年 月 (A)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		31
	令和 年 月 (B)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
労務に服することができなかった日について、給与を支払いましたか？	<input type="checkbox"/> はい	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 時間給	給与計算	締日	<input type="checkbox"/> 月末	支払日	<input type="checkbox"/> 当月 日									
	<input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 歩合給			<input type="checkbox"/> 日		<input type="checkbox"/> 翌月 日									
		<input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> その他															

②上記(A)の直近3ヵ月分の課税対象となる給与支給状況
 ※通勤手当(非課税の範囲内)、期末勤勉手当(賞与)は除きます。該当のない月は空白で構いません。

	期間	(I) 月支給額(円)	(II) 月支給額(円)	(III) 月支給額(円)
		月 日～	月 日～	月 日～
		月 日分	月 日分	月 日分
支給した給与内訳	基本給			
	時給			
	手当			
	現物給与			
	合計			

給与計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入。

③上記(I)～(III)の給与支給期間の勤務状況
 【出勤は○】、【公休日は公】、【有給休暇は＝】、【無給休暇は／】で表示してください。
 ※有給休暇には、給与の一部を減額している場合を含みます。

上記3ヵ月分の給与支給期間の勤務状況 ※月末締め以外の場合は月を跨いで期間をご記入ください。	令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			
	月末締め(I)	左記以外(I)	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29		30	31
	令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			
	月末締め(II)	左記以外(I)・(II)	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
	令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			
	月末締め(III)	左記以外(II)・(III)	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
	令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			
		左記以外(III)	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日

令和 年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明します。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名 印

担当者氏名	電話番号	
-------	------	--

国民健康保険傷病手当金支給申請書(事業主記入用)

◆申請書記入に関する注意事項◆

被保険者氏名	神戸 次郎		
被保険者との契約形態	<input checked="" type="checkbox"/> 雇用契約 <input type="checkbox"/> 請負・委託契約 <input type="checkbox"/> その他()		
契約開始日	昭和・平成・令和 元 年 5 月 1 日		

給与を支給されている方が傷病手当金の支給対象となります。請負契約により報酬を受け取っている場合等は、支給対象外です。「ひとり親方」・「荷物配送ドライバー」・「シルバー人材センターから請負っている方」等は、個人事業主として委託・請負契約を締結している可能性がありますので、ご注意ください。

①新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む。後遺症は含みません。)により、労務に服することができなかった期間の勤務状況
 【出勤は○】、【公休日は公】、【上記事由による有給休暇は△】、【上記事由による無給休暇は×】、【上記以外の事由による有給休暇は＝】、【上記以外の事由による無給休暇は／】で表示してください。 ※有給休暇には、給与の一部を減額している場合を含みます。

労務に服することができなかった日が属する月の勤務状況	令和2年1月 (A)	公 公 公 公 公 6 7 8 9 10 公 公 公 15 /	16 17 公 公 20 21 22 23 24 公 公 27 28 X X X
	令和2年2月 (B)	公 公 X X X 6 7 8 9 10 公 12 13 4 公	公 17 18 19 20 21 公 公 公 25 26 27 28 29 30 31
労務に服することができなかった日について、給与を支払いましたか？	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	給与の種類 <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input checked="" type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他	給与計算 締日 <input type="checkbox"/> 月末 支払日 <input checked="" type="checkbox"/> 20日 <input type="checkbox"/> 当月末日 <input type="checkbox"/> 翌月 日

公休日とは週休日や祝日、年末年始休業期間等、勤務が割り当てられていない日を指します。

②上記(A)の直近3ヵ月分の課税対象となる給与支給状況
 ※通勤手当(非課税の範囲内)、期末勤勉手当(賞与)は除きます。該当のない月は空白で構いません。

区分	期間	(I)9月支給額(円)	(II)10月支給額(円)	(III)11月支給額(円)
		9月21日～ 10月20日分	10月21日～ 11月20日分	11月21日～ 12月20日分
基本給		96,000	114,000	114,000
時給				
手当				
手当				
手当				
現物給与				
合計				

給与計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入。

③上記(I)～(III)の給与支給期間の勤務状況
 【出勤は○】、【公休日は公】、【有給休暇は＝】、【無給休暇は／】で表示してください。
 ※有給休暇には、給与の一部が減額される場合を含みます。

神戸市記入欄
 ○=の合計

上記3ヵ月分の給与支給期間の勤務状況 ※月末締め以外の場合は月を跨いで期間をご記入ください。	令和元年9月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	日
	月末締め (I)	左記以外 (I)	
	令和元年10月	1 2 3 4 公 公 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	日
	月末締め (II)	左記以外 (I)-(II)	
	令和元年11月	1 公 公 公 6 公 8 公 公 11 12 13 14 15	日
	月末締め (III)	左記以外 (II)-(III)	
令和元年12月	公 2 3 4 5 6 公 公 9 10 11 12 13 14 15	日	
左記以外 (III)	16 17 18 公 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		

月末締め以外の場合は月を跨いで期間をご記入ください。

上記のとおり相違ないことを証明します。

事業所所在地 神戸市 ■■■ 町1丁目2番3号

事業所名称 (株)国保サービス

事業主氏名 国保 花子

担当者氏名 国保 三郎 電話番号 078-123-4567

委任状

神戸市 区長宛

令和 年 月 日

傷病手当金の受領を下記の者へ委任します。なお、振込先については申請書のとおりです。

委任者 <世帯主>

住所

氏名

電話 ()

受任者 <口座名義人>

住所

氏名

電話 ()

(注) 世帯主の本人確認書類を添付してください。