

新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金支給申請書（世帯主記入用）

記入例

被保険者情報	被保険者 記号・番号	1 2 3 - 4 5 6 7	世帯主氏名	川越 太郎							
	フリガナ	カワゴエ ジロウ		生年月日	昭和54年3月10日						
	氏名	川越 次郎									
	住所	川越市川越町1-1-1									
振込先	金融機関 名称	国保	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 その他 ()	中央	本店 支店 出張所 本店営業部 本所 支所 その他 ()						
	預金別	普通当座 その他 ()	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	
	口座名義人 (カタカナ)	カワゴエ ジロウ									
※ 左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1字として記入し、姓と名の間は1字空けてください。											
上記のとおり申請します。 令和2年 7月 15日 (提出先) 川越市長 世帯主 住所 川越市川越町1-1-1 氏名 川越 太郎 電話番号 049-XXX-XXXX											

新型コロナウイルス感染症の症状があった方の氏名・生年月日を記入してください。

世帯主の方以外の口座を記入する場合は下の【代理人の欄】に必ず記入してください。

【代理人の欄】（世帯主と上記の口座名義人が異なる場合は、記入してください。）

世帯主	住所	川越市川越町1-1-1	令和2年 7月15日
	氏名	川越 太郎	
代理人 (口座名義人)	住所	〒350-1111 川越市川越町1-1-1	世帯主との関係
	フリガナ	カワゴエ ジロウ	子
	氏名	川越 次郎	

世帯主以外の口座に振り込む場合のみ記入します。

※ 署名又は記名押印をしてください。

保険者 記入欄	支給決定額	
		円

新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金支給申請書（被保険者記入用）

記入例

被保険者氏名	川越 次郎
--------	-------

症状が発生した日	令和2年 4月10日	帰国者・接触者相談センターへの相談日（相談した場合に記入してください。）	令和2年 4月13日 （午前 10 時頃）
①医療機関の受診状況	<input checked="" type="radio"/> 1. 受診した <input type="radio"/> 2. 受診していない		
②医療機関の受診日（①で「受診した」と回答した場合に記入してください。）	令和2年 4月13日	受診した医療機関の名称	〇〇総合病院
	年 月 日	受診した医療機関の名称	
	年 月 日	受診した医療機関の名称	
③症状（①で「受診していない」と回答した場合に期間等を具体的に記入してください。）	発熱が4日続き、軽い息苦しさがある。帰国者・接触者相談センターに電話したが、自宅待機するよう指示された。		
④療養のために休んだ期間	令和2年 4月10日から 令和2年 4月27日まで	⑤左記の期間のうち、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きます。）	10日
⑥上記の療養のために休んだ期間に給与等の支払を受けましたか。又は、今後受けられますか。	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ		
⑦給与等の額及びその支払の対象となった（なる）期間（⑥で「はい」と回答した場合に記入してください。）	年月日から (給与等の額：円) 年月日まで <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

（上記①において「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記入欄について、事業主の証明が必要です。）

事業主記入欄	令和2年 7月 5日		
	上記③～⑦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。		
	事業所の所在地	川越市元町1-3-1	
	事業所の名称	(株) 国保サービス	
事業主の氏名	国保 一郎		
※ 署名又は記名押印をしてください。			
担当者氏名	国保 三郎	電話番号	049-XXX-XXXX

受診していない場合は具体的な症状を記入してください。

④の期間のうち、有給休暇となった期間がある場合はその期間と金額を記入します。

医療機関を受診していない方は、必ずこちらの欄を事業主（雇用者）に記入してもらう必要があります。

新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金支給申請書（事業主記入用）

記入例

労務に服することができなかつた期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等を記入してください。

被保険者氏名		川越 次郎			
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。）により、労務に服することができなかつた期間の属する月における勤務状況について、当該事由による無給休暇の日数を×で表示してください。		左記の事由による無給休暇の日数			
年 月	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	10			
年 月	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				
②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。）により、労務に服することができなかつた期間の属する月の直近3か月の勤務状況について、【出勤は○】、【有給休暇は△】、【上記の事由による無給休暇は×】、【その他の休暇（賃金が生じる）は＝】、【その他の休暇（賃金が生じない）は／】をそれぞれ表示してください。		賃金が生じた日数の計（○、△、＝の計）			
令和2年 1月	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	日			
令和2年 2月	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	日			
令和2年 3月	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	日			
年 月	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	日			
②の期間に対して賃金を支払いましたか。	1. はい 2. いいえ	給与の種類 <input checked="" type="checkbox"/> 月給月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他	賃金計算 締日 毎月末日 支払日 1. 当月 25日 2. 翌月		
②の期間の課税対象となる賃金支給状況を記入してください。ただし、期末勤勉手当（賞与）は除きます。					
支給した賃金内訳	期間	単価（円）	1月 1日から 1月31日まで (A) 支給額（円）	2月 1日から 2月29日まで (B) 支給額（円）	3月 1日から 3月31日まで (C) 支給額（円）
	基本給	100000	90000	80000	90000
	時給				
	手当				
	手当				
	手当				
現物給与					
計		90000	80000	90000	
賃金支給総額（上記（A）～（C）の合計）		260000円			
賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）について記入してください。					
令和2年 7月 5日					
上記のとおり相違ないことを証明します。					
事業所の所在地	川越市元町1-3-1				
事業所の名称	（株）国保サービス				
事業主の氏名	国保 一郎				
※ 署名又は記名押印をしてください。					
担当者氏名	国保 三郎	電話番号	049-XXX-XXXX		

勤務予定の日であったが出勤できなかった日のうち、給与が発生していない日に×を付けます。
※有給休暇に該当する日は記入しません。

本人に感染症の症状があつて休んだ場合のみ該当します。
※家族の療養のために休んだ場合や、濃厚接触者となつて勤務ができない場合など、本人に症状がなかつた期間は含まれません。

出勤 ○
有給休暇 △
無給休暇（コロナ）×
無給休暇（その他）／

・通勤手当等の非課税所得
※課税対象となる通勤手当はご記載ください。
・賞与
を除いた額を記入してください。

新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）

記入例

患者氏名	川越 次郎																																	
傷病名	新型コロナウイルス感染症による呼吸器疾患（肺炎）	初診日	令和2年 4月13日																															
発病年月日	令和2年 4月10日	発病の原因	不詳																															
労務不能と認められた期間	令和2年 4月13日から 令和2年 4月30日まで																																	
上記の期間のうち、入院していた期間	令和2年 4月13日から	療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input checked="" type="checkbox"/> 公費（感染症） <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他																															
	令和2年 4月30日まで	転帰	<input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医																															
診療日及び入院していた日を○で囲んでください。	年 月	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table>	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	診療実日数 18日
	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																		
年 月	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table>	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	診療実日数 日	
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																			
年 月	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table>	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	診療実日数 日	
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																			
上記の期間中における「主たる症状及び経過」、「治療内容、検査結果、療養指導」等を詳しく記入してください。																																		
新型コロナウイルス感染症の感染の疑いのため、4/13初診。検査の結果陽性であり、肺炎の症状がみられたため同日から入院。2週間程度で症状の改善が見られ、4/30に実施した検査において陰性となったため退院。	手術年月日	年 月 日																																
	退院年月日	令和2年 4月30日																																
症状経過から見て従来職種について労務不能と認められた医学的な所見																																		
肺炎の症状の改善後も感染拡大防止の観点から、検査が陰性となるまでは入院が必要であったため、入院期間は労務不能と判断した。																																		
令和 2年 7月 1日																																		
上記のとおり相違ありません。																																		
医療機関の所在地	川越市大川町1-1-1																																	
医療機関の名称	〇〇総合病院																																	
医師の氏名	〇〇 五郎	電話番号	049-XXX-XXXX																															
※ 署名又は記名押印をしてください。																																		