

大島町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	被保険者証 記号番号	123-456-7	世帯主氏名	大島 太郎													
	(フリガナ)	オオシマ ハナコ		生年月日	昭利 平成	52	年	1	月	1	日						
	氏名	大島 花子															
住所	東京都大島町〇〇																
振込先	金融機関 名称	伊豆大島				銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他( )						本店・支店 出張所・本店営業 部 本所・支所 その他( ) ※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入					
	預金別	普通・当座 その他( )			口座番号				0	0	0	0	0	0	0	0	
	口座名義(カタカナ)	オ	オ	シ	マ												
		タ	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、姓と名の間は一字空けてください。																	
上記のとおり申請します。 令和 2年 7月 15日 住所 東京都大島町〇〇 電話番号 04992-*-* 世帯主氏名 大島 太郎 (印) 大島町長 三辻利弘 殿																	

【受取代理人の欄】(世帯主以外の方が受領する場合は、記入が必要です。)

世帯主	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。令和 年 月 日															
代理人 (口座名義人)	〇世帯主以外の方が受領される場合のみ太枠部分を記入してください。 ※その際は上記の振込先情報は代理人の指定する口座を記載してください															
	(フリガナ)															
氏名	(印)															

保険者 記入欄	支給決定額															
	円															

# 大島町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	<b>大島 花子</b>
--------	--------------

症状が出た日	令和 2年 5月 8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	令和 2年 5月 12日 (午前11時頃)								
①医療機関の受診状況	1. 受診した                      2. 受診していない										
①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日	令和 2年 5月 12日										
	令和    年    月    日										
	令和    年    月    日										
①で「受診していない」と回答した場合) ③症状(期間などを具体的に)											
③療養のために休んだ期間	令和 2年 5月 8日から 令和 2年 5月 22日まで	④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)	9日								
⑤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										
⑥⑤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)期間をご記入ください。	令和    年    月    日から	(給与等の額:円)									
	令和    年    月    日まで	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>									

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

事業主記入欄	令和    年    月    日
	上記③～⑥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
	事業所名称
事業主氏名	⑥
担当者氏名	電話番号


○上記①医療機関の受診状況欄にて、医療機関を受診していない場合のみ事業所の証明が必要です。

# 大島町国民健康保険傷病手当金支給申請書(事業主記入用)

労務に服することができなかっ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ご記入ください。

被保険者氏名		大島 花子																														
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った期間の属する月における勤務状況 上記の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																			
令和 2年 5月	1	2	3	4	5	6	×	×	×	10	×	×	13	×	15	9	日															
	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																	
	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った期間の属する月の直近3か月の勤務状況 【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/】で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 3月	1	2	○	4	5	○	7	8	○	10	○	11	○	13	14	15	12	日														
	16	○	17	○	18	○	19	○	20	△	22	○	23	○	24	○			25	○	26	○	27	○	28	○	29	○	30	○	31	
令和 2年 4月	1	○	2	○	3	△	5	○	6	○	7	○	8	○	9	○	10	○	11	○	12	○	13	○	14	○	15	14	日			
	16	○	17	○	18	○	19	○	20	○	21	○	22	○	23	○	24	○	25	○	26	○	27	○	28	○	29			○	30	○
令和 2年 5月	○	1	○	2	○	3	○	4	○	5	○	6	○	7	○	8	○	9	○	10	○	11	○	12	○	13	○	14	○	15	4	日
	16	○	17	○	18	○	19	○	20	○	21	○	22	○	23	○	24	○	25	○	26	○	27	○	28	○	29	○	30	○		
令和 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																
事業主が証明するところ	②の期間に対して、賃金を支払いましたか？		<input checked="" type="radio"/> 1. はい <input type="radio"/> 2. 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		賃金計算		締日		毎月末		日																	
											支払日		1. 当月		25																	
②の期間の課税対象となる賃金支給状況をご記入ください。ただし、期末勤勉手当(賞与)は除く。																																
支給した賃金内訳	期 区	単価(円)	3月 1日 ~			4月 1日 ~			5月 1日 ~																							
			3月 31日 分			4月 30日 分			5月 31日 分																							
	(A)支給額(円)			(B)支給額(円)			(C)支給額(円)																									
	基本給	10000	120000	140000	40000																											
	時給																															
	手当																															
	手当																															
	手当																															
現物給与																																
計		120000	140000	40000																												
賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)											300000円																					
賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。																																
令和 2年 7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    東京都大島町△△△																																
事業所名称        有限会社 ○○○																																
事業主氏名        国保 太郎 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">国保印</span>																																
担当者氏名		国保 次郎					電話番号					04992-*-*----																				

# 大島町国民健康保険傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名	大島花子																				
	傷病名	新型コロナウイルス感染症の疑いによる発熱				初診日	令和 2年 5月 12日															
	発病年月日	令和 2年 5月 8日				発病の原因	不詳															
	労務不能と認められた期間	令和 2年 5月 8日から																				
		令和 2年 5月 21日まで																				
	うち、入院期間	令和 年 月 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 年 月 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。	令和 2年 5月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療実日数	1	日		
		令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療実日数		日		
		令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療実日数		日		
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(詳しく)																						
新型コロナウイルス感染症の感染疑いのため、5/12初診。5日後には症状は回復したため、PCR検査は行ってない。					手術年月日	令和 年 月 日																
					退院年月日	令和 年 月 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																						
軽症と見られたが、熱が続いていたので新型コロナウイルス感染拡大防止の観点から、回復したとしても発症日から2週間について就労不能と判断した。																						
令和 2年 6月 25日																						
上記のとおり相違ありません。																						
医療機関の所在地					東京都大島町元町〇〇〇																	
医療機関の名称					大島病院																	
医師の氏名					病院 太郎						電話番号							04992-2-****				