

# 宍粟市国民健康保険傷病手当金支給申請書(世帯主記入用)①

(太枠の中をご記入ください)

被 保 険 者 情 報	被保険者 記号・番号			世帯主氏名																	
	(フリガナ)			氏名	生年月日	昭和 平成	年	月	日												
	住所																				
振 込 先	金融機関 名称	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																
	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。																			
上記のとおり申請します。																					
令和 年 月 日																					
〒 -																					
住所: 宍粟市 町																					
世帯主氏名: 電話番号: - -																					
宍粟市長 あて																					
誓約書																					
□本申請書及び他申請書の記載内容が事実であることを誓約します。																					

【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																			
	氏名 (印) (委任時は押印が必要です) 住所 同上																			
代理人 (口座名義人)	〒 - 電話番号: ( )																	世帯主との関係		
	□ 同上																			
	(フリガナ)																			
氏名																				

以下記入不要

保 険 者 記 入 欄	本人確認書類																		
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証( )																		
	<input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 各種手帳・免許等(顔写真付き)( )																		
	<input type="checkbox"/> その他本人確認書類( )																		
給付決定額																			



# 宍粟市国民健康保険傷病手当金支給申請書(事業主記入用)③

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。

<b>被保険者氏名</b>																	
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 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	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	日	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
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 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	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	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	日	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
②の期間に対して、賃金を支払いましたか？		1. はい		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 type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他		賃金計算		締日		日					
		2. いいえ								支払日		1. 当月		日			
										2. 翌月							
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。																	
事業主が証明するところ	期間	単価(円)		月 日 ~			月 日 ~			月 日 ~							
	区分			月 日 分			月 日 分			月 日 分							
				(A)支給額(円)			(B)支給額(円)			(C)支給額(円)							
	基本給																
	時給																
	手当																
	手当																
	手当																
	手当																
	現物給与																
計																	
				賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)									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。																	
上記のとおり相違ないことを証明します。												令和 年 月 日					
事業所所在地																	
事業所名称																	
事業主氏名 <span style="float: right;">(印)</span>																	
担当者氏名				電話番号													

宍粟市国民健康保険傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)④

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名																															
	傷病名																初診日	令和 年 月 日														
	発病年月日	令和 年 月 日															発病の原因															
	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から																療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 公費( ) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他													
		令和 年 月 日まで															転帰		<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医													
	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 type="checkbox"/> 公費( ) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他													
		令和 年 月 日まで															転帰		<input 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 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		15	診療 実日数	日												
			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	診療 実日数	日													
		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	診療 実日数	日														
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		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)																																
															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																																
<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p>医療機関の所在地</p> <p>医療機関の名称</p> <p>医師の氏名</p>																																
															⑤	電話番号																
															令和 年 月 日																	