

第2号様式の2(別表関係)

傷病手当金支給申請書兼請求書

被保険者証の記号番号		—	
世帯主氏名			
被保険者	氏名	生年月日 年 月 日	
箱根町長 様 上記のとおり支給申請及び請求をします。 年 月 日			
		住所	_____
申請者及び請求者 (世帯主)		氏名	_____ 印
		電話番号	_____

振込先口座	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 支所	普通 当座
	口座番号		フリガナ	
			口座名義人	

委任状	上記給付金の受領に関する一切の権限を委任します。			
	受任者(口座名義人)	委任者(申請者)		
	住所			
	氏名	氏名	印	

支給該当確認欄	
この申請により箱根町国民健康保険条例第7条の2に規定する要支給対象者に該当することを確認する。	
年 月 日	
事務担当者氏名	
印	
資料の確認	別紙1 国民健康保険傷病手当金申請書(被保険者記入用) 別紙2 国民健康保険傷病手当金申請書(事業主記入用) 別紙3 国民健康保険傷病手当金申請書(医療機関記入用)

支給決定額	円
-------	---

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	
--------	--

症状が出た日	令和 年 月 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 年 月 日 (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 年 月 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)			
④療養のために 休んだ期間	令和 年 月 日から	⑤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。)	日
	令和 年 月 日まで		
⑥	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
⑦	⑥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	<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、下記の事業主記載欄について、事業主の証明が必要です。)

事業主 記入 欄	年 月 日		
	上記④～⑦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)

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																	
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		
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		賃金計算		締日		日									
	2. いいえ									支払日		1. 当月 2. 翌月		日			
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	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□					
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。												年	月	日			
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(医療機関記入用)

医療機関 担当者が 意見を記 入するこ 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													
	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													
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																														
年 月 日																														
上記のとおり相違ありません。																														
医療機関の所在地																														
医療機関の名称																														
医師の氏名														印	電話番号															