

必ず提出

記入例（世帯主記入用）

様式第8号の2（その1）（第15条の2関係）

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	421-9999999	世帯主氏名	国保 太郎	
	(フリガナ)	コクホ シロウ	生年月日	H元年4月1日	
	氏名	国保 次郎			
	住所	本巣郡北方町北方〇〇番地			
振込先	金融機関名称	〇〇 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( )	
	預金種別	普通・当座・その他( )	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	
	口座名義(カタカナ)	コクホ シロウ			

被用者で、新型コロナウイルス感染症に感染した者、又は発熱等の症状があり感染が疑われ、労務に服することができなかつた方の氏名等を記入ください。

世帯主の口座を記入ください。ただし、世帯主以外の方が傷病手当金を受領する場合は、受領代理人の口座を記入ください。

上記のとおり申請します。  
 令和2年 △月 ◎日  
 北方町長 様

申請者 郵便番号 501-0431  
 住所 本巣郡北方町北方〇〇番地  
 氏名 国保 太郎 (国保) (印)  
 電話番号 999-999-9999

世帯主の住所、氏名、電話番号(連絡の取りやすい番号)を記入ください。

世帯主の印鑑を押印ください。

【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2年 △月 ◎日	住所 本巣郡北方町北方〇〇番地	氏名 国保 太郎 (国保) (印)
	代理人(口座名義人)	〒 501 0431 本巣郡北方町北方〇〇番地 (フリガナ) コクホ シロウ	被保険者との関係 子
	氏名 国保 次郎 (国保) (印)		

傷病手当金の受領者が世帯主でなく受取代理人の場合にご記入ください。

受取代理人の印鑑を押印ください。

保険者記入欄	支給決定額 保険者記入欄のため記入不要です
--------	--------------------------

【受取代理人の欄】は、世帯主以外の方で同一世帯の方又は親族の方が傷病手当金を受領する場合に記入します。その場合は、振込先も受取代理人の口座を記入します。また、世帯主以外の方が申請手続を行う場合は、別途「委任状」の提出が必要です。なお、受取代理人が代理申請した場合でも、支給決定通知書は世帯主に送付されます。

必ず提出

記入例（被保険者記入用）

様式第8号の2（その2）（第15条の2関係）

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	国保 次郎		
症状が出た日	令和2年◎月△日 （※必ず記入してください）	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◎月□日 （午前◎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		
②医療機関の受診日 （①で「受診した」と回答した場合）	令和2年◎月□日		
	年 月 日		
	年 月 日		
③症状（期間などを具体的に） （①で「受診していない」と回答した場合）			
③療養のために休んだ期間	令和2年◎月□日から 令和2年◎月31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）によらない休暇や勤務予定がなかった日は除く。）	10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。	年 月 日から	(給与等の額：円)	
	年 月 日まで		

申請する被用者の氏名を記入してください

該当が無ければ記入は不要です。

医療機関への受診がある場合は、申請書「4. 医療機関記入用」を別途提出する必要があります。

下記（※）を参照の上、具体的に記入してください。

（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2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 本巣郡北方町北方□□番地
	事業所名称 (株)国保サービス
事業主氏名 国保 三郎	国保 印
担当者氏名 国保 花子	電話番号 058-000-□□□□

上記①で医療機関を「2. 受診していない」と回答した場合は、必ず事業主に記入欄に記入・押印いただいたうえで提出してください。

（※）【参照】（①で「2. 受診していない」と回答した場合）③症状（具体的に）

・風邪の症状 37.5度以上の発熱が4日以上続いている  
（解熱剤を飲み続けなければならない時を含む）

・強いだるさ（倦怠感）や息苦しさ（呼吸困難）である

※高齢者や基礎疾患等のある方は、上記のいずれかの状態が2日程度続く場合に該当することが前提条件となります。

必ず提出

記入例（事業主記入用）

様式第8号の2（その3）（第15条の2関係）

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。

雇用する被用者の氏名を記入してください

被保険者氏名		国保 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	3月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	×	×	×	×	14	15	10 日				
		16	17	18	×	×	×	22	23	24	×	×	×	28	29	30	31	日			
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	31	日			
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）									
令和元年	12月	1	2	③	4	5	6	7	⑧	9	10	11	①	△	14	15	9 日				
		16	17	18	△	20	21	②	③	24	25	26	⑦	②	29	30	31	日			
令和2年	1月	1	2	3	4	5	△	7	⑧	9	10	11	12	③	①	15	8 日				
		16	17	18	①	②	21	22	23	24	②	②	27	28	29	／	／	日			
令和2年	2月	1	②	3	4	5	6	⑦	⑧	9	10	△	12	③	①	15	10 日				
		△	17	18	①	20	21	22	③	24	25	26	⑦	28	29	30	31	日			
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	31	日			
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"/> 口給 <input type="checkbox"/> 歩合給		賃金計算		締日		毎月末		<input type="checkbox"/> 締日 <input type="checkbox"/> 毎月末		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	区分	期間	単価（円）	12月1日～12月31日分 (A) 支給額（円）				1月1日～1月31日分 (B) 支給額（円）				2月1日～2月29日分 (C) 支給額（円）									
	基本給		10000	90000				80000				100000									
	時給																				
	手当																				
	手当																				
	手当																				
	現物給付																				
	計			90000				80000				100000									
			賃金支給総額（上記(A)～(C)の合計）																	270000 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 △ 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 本巣郡北方町北方□□番地 事業所名称 (株)国保サービス 事業主氏名 国保 三郎																					
担当者氏名		国保 花子								電話番号		058-000-□□□□									

記入例では、3月分を申請するため、直近3か月（12、1、2月）の賃金が生じた日数を記入しています。

通勤手当等の非課税所得は賃金内訳に含みません。

賃金の計算方法（欠勤控除の計算方法等）についてご記入ください。

# 医療機関を受診した場合

様式第8号の2（その4）（第15条の2関係）

## 記入例（医療機関記入用）

### 国民健康保険傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）

申請する患者（被用者）の氏名を記入してください

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名	国保 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3月14日	
	発病年月日	令和2年3月11日	発病の原因	不詳	
	労務不能と認められた期間	令和2年3月11日から 令和2年3月31日まで			
	うち、入院期間	令和2年3月14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3月31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	診療実日数	18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	診療実日数	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	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疑いのため、3/14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、3/31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		
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		退院年月日	令和2年3月31日		
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 △月 □日 上記のとおり相違ないことを証明します。 医療機関の所在地 △△市〇〇町□□番地 医療機関の名称 国保総合病院 医師の氏名 国保 四郎  電話番号 058-〇〇〇-□□□□					

帰国者・接触者相談センターに連絡するなどし、帰国者・接触者外来のある医療機関を受診した場合、提出が必要です。

※医療機関を受診した場合は、結果として感染が確認されてなくても提出が必要です。