

# 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		世帯主氏名											
	(フリガナ)		生年月日	昭和 平成	年	月	日							
	氏名													
	住所	神戸市 区												
振 込 先	金融機関 名称	銀行・信用金庫 信用組合・農協										本店 支店 出張所		
	預金種別	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。 ※世帯主以外の口座に振込を希望する場合は、委任状もご準備ください。												
<p>上記のとおり申請します。 また、傷病手当金の支給決定にあたり、神戸市から事業主、保健所等に対して必要な情報の照会を行うことに同意します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>神戸市 区 長 宛 〒 -</p> <p>申請者 住所 神戸市 区 (世帯主) 氏名 電話 ( ) -</p>														

※支給日数は厚生労働省が定める療養解除基準に基づき決定し、入院など特別な事情を除き、最大で発症日から7日間です。

## 保険者記入欄

公開の状況: 非公開(神戸市情報公開条例第10条第1号)に該当				分類	17・04・02・03	保存	5年	
受付	令和 年 月 日	支給決定額		円				
起案	令和 年 月 日	算 定 式	①	直近3月間の給与収入	円			
決裁	令和 年 月 日		②	①の期間の賃金発生日数	日			
課長	係長		係	③	①÷②(10円未満四捨五入)	0円		
				④	③×2/3(1円未満四捨五入)	円		
				⑤	支給日数	日		
				⑥	④×⑤	円		
<input type="checkbox"/> 支給理由 神戸市国民健康保険条例第10条の2第1項に該当のため <input type="checkbox"/> 不支給理由								

# 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	1234567			世帯主氏名	神戸 太郎						
	(フリガナ)	コウベ ジロウ			生年月日	昭和 平成 2 年 1 月 1 日						
	氏名	神戸 次郎										
	住所	神戸市 ○ 区 △ 町 1 丁目 2 番 3 号										
振込先	金融機関名称	○○			銀行・信用金庫 信用組合・農協	△△						
	預金種別	普通・当座 その他( )			口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	口座名義 (カタカナ)	コウベ			タロウ							
		※左詰め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。 ※世帯主以外の口座に振込を希望する場合は、委任状もご準備ください。										
<p>上記のとおり申請します。 また、傷病手当金の支給決定にあたり、神戸市から事業主、保健所等に対して必要な情報の照会を行うことに同意します。</p> <p style="text-align: right;">令和 2 年 ○ 月 △ 日</p> <p>神戸市 ○ 区長宛 〒123-4567</p> <p>申請者 住所 神戸市 ○ 区 △ 町 1 丁目 2 番 3 号 (世帯主) 氏名 神戸 太郎 電話 (012) 345-6789</p>												

※支給日数は厚生労働省が定める療養解除基準に基づき決定し、入院など特別な事情を除き、最大で発症日から7日間です。

## 保険者記入欄

公開の状況:非公開(神戸市情報公開条例第10条第1号)に該当				分類	17・04・02・03	保存	5年	
受付	令和	年	月	日	支給決定額			円
起案	令和	年	月	日	算定式	① 直近3月間の給与収入		円
決裁	令和	年	月	日		② ①の期間の賃金発生日数		日
課長	係長	係		③ ①÷②(10円未満四捨五入)		円		
				④ ③×2/3(1円未満四捨五入)		円		
				⑤ 支給日数		日		
				⑥ ④×⑤		円		
<input type="checkbox"/> 支給理由 神戸市国民健康保険条例第10条の2第1項に該当のため <input type="checkbox"/> 不支給理由								

# 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	公的相談窓口への相談日 ※相談した場合に記入	令和 年 月 日 ( 時頃)								
①	公的相談窓口への相談内容及び指示内容 ※相談できなかった場合は、その理由										
②	医療機関の受診状況	1. 受診した    2. 受診していない									
③	(②で「受診した」と回答した場合) 医療機関の受診日と医療機関名	令和 年 月 日									
		令和 年 月 日									
		令和 年 月 日									
		令和 年 月 日									
④	症状及び経過 ※詳しく具体的に記入。 ※医療機関を受診していない場合は、受診できなかった理由も記入。										
⑤	療養のために休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	⑥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								
⑦	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									
⑧	⑦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)期間を記入。	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	(給与等の額:円) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								

事業主記入欄	<p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>上記⑤～⑧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。</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名 <span style="float: right;">⑨</span></p>
--------	---

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(被保険者記入用)

被保険者氏名	神戸 次郎
--------	-------

症状が出た日	令和 2 年 3 月 10 日	公的相談窓口への相談日 ※相談した場合に記入	令和 2 年 3 月 13 日 ( 16 時頃)								
① 公的相談窓口への相談内容及び指示内容 ※相談できなかった場合は、その理由	<p>&lt;相談した場合&gt;                  どういう症状があり相談したのか、それに対してどのような指示を受けたのかを詳しく具体的に記入してください。</p> <p>&lt;相談できなかった場合&gt;                  電話相談できなかった理由を詳しく具体的に記入してください。</p>										
② 医療機関の受診状況	①. 受診した    2. 受診していない										
③ (②で「受診した」と回答した場合) 医療機関の受診日と医療機関名	令和 2 年 3 月 10 日	国保総合病院									
	令和    年    月    日										
	令和    年    月    日										
	令和    年    月    日										
④ 症状及び経過 ※詳しく具体的に記入。 ※医療機関を受診していない場合は、受診できなかった理由も記入。	<p>・どのような症状が、いつからいつまでであったのか。                  ・発熱した場合は、その時の体温                  などについて、分かる範囲でできるだけ詳しく具体的に記入してください。</p> <p>医療機関を受診していない場合は、受診できなかった理由を詳しく具体的に記入してください。</p>										
⑤ 療養のために休んだ期間	令和 2 年 3 月 10 日から 令和 2 年 3 月 27 日まで	⑥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								
⑦ 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										
⑧ ⑦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)期間を記入。	令和    年    月    日から 令和    年    月    日まで	(給与等の額:円) <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>									

事業主記入欄	令和 2 年 4 月 5 日		
	上記⑤～⑧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	▲▲県●●市■町1丁目2番3号	
	事業所名称	(株)国保サービス	
事業主氏名	国保 花子		
担当者氏名		電話番号	





# 委任状

神戸市 区長宛

令和 年 月 日

傷病手当金の受領を下記の者へ委任します。なお、振込先については申請書のとおりです。

委任者 <世帯主>

住所

---

氏名

電話 ( )

---

受任者 <口座名義人>

住所

---

氏名

電話 ( )

---

(注) 世帯主の本人確認書類を添付してください。