

新型コロナウイルス感染症に感染した被保険者等に係る傷病
手当金の支給申請に必要な申請書の様式等を定める要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、函館市国民健康保険条例施行規則（昭和44年函館市規則第25号。以下「規則」という。）附則第5項の規定に基づき、新型コロナウイルス感染症に感染した被保険者等に係る傷病手当金の支給申請に必要な申請書の様式等を定めるものとする。

(申請書の様式)

第2条 規則附則第5項の規定による申請書の様式は、国民健康保険傷病手当金支給申請書（世帯主記入用） 別記第1号様式とする。

(添付書類の様式)

第3条 前条の申請書は、次に掲げる書類を添付しなければならない。

- (1) 国民健康保険傷病手当金支給申請書（被保険者記入用） 別記第2号様式
- (2) 国民健康保険傷病手当金支給申請書（事業主記入用） 別記第3号様式
- (3) 国民健康保険傷病手当金支給申請書（医療機関記入用） 別記第4号様式

2 申請の対象となる被保険者が帰国者・接触者外来を受診せずに発熱等の症状が改善した場合は、別記第4号様式の添付を要しないものとする。

附 則

この要綱は、令和2年5月7日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、令和4年4月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行の際現に改正前の別記第1号様式から別記第4号様式までの規定に基づき提出されている申請書は、改正後の別記第1号様式から別記第4号様式までの規定に基づき提出された申請書とみなす。
- 3 この要綱の施行の際現に改正前の別記第1号様式から別記第4号

様式までの規定に基づいて作成されている用紙は、当分の間、適宜修正のうえ使用することができる。

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	函				世帯主氏名				
	(フリガナ)					生年月日	昭和 平成	年	月	日
	氏名									
	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() <small>※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入</small>				
	預金別	普通・当座 その他()		口座番号						
	口座名義(カタカナ)									
	<small>※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。</small>									
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>(宛先) 函 館 市 長</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">世帯主 氏名</p> <p style="text-align: center;">電話</p>										
<p>申請に必要な添付書類について(申請内容により、別途書類の提出が必要になる場合があります。)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・国民健康保険傷病手当金支給申請書(被保険者記入用) ・国民健康保険傷病手当金支給申請書(専業主記入用) ・国民健康保険傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)※帰国者・接触者外来を受診した場合 										

【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。		年	月	日
	氏名	印	住所 同上		
代理人 <small>(口座名義人)</small>	〒 -		世帯主との関係		
	(フリガナ)				
	氏名	印			

保険者 記入欄	支給決定額

別記第2号様式(第3条関係)

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	
--------	--

症状が出た日	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	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	年 月 日										
	年 月 日										
	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	年 月 日から 年 月 日まで	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	日								
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。	年 月 日から 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>								

(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③～⑦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		
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				
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						
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						
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)				
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						
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						
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						
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	賃金計算	締日	日	
	2. いいえ		<input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給		支払日	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。							
事業主が証明するところ 支給した賃金内訳	期間 区分	単価(円)	月 日 ~ 月 日 分 (A)支給額(円)	月 日 ~ 月 日 分 (B)支給額(円)	月 日 ~ 月 日 分 (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							
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ところ	患者氏名																															
	傷病名		初診日		年 月 日																											
	発病年月日		年 月 日		発病の原因																											
	労務不能と認められた期間		年 月 日から																													
			年 月 日まで																													
	うち、入院期間		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																									
			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。		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	
			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)																															
																									手術年月日		年 月 日					
																								退院年月日		年 月 日						
症状経過から見て従来の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																								電話番号								