

真庭市国民健康保険傷病手当金支給申請書 (被保険者記入用①)

記入例

被保険者情報	被保険者証 記号番号	岡 8 4 654321	世帯主名	真庭 太郎							
	氏名	真庭 二郎			生年月日	昭和 平成	元	年	1	月	1
振込先	金融機関 名称	国保農業	銀行・信用金庫 協同組合 信用組合	真庭	支所・支店・本店 ()						
	預金種別	普通・当座 ()	口座番号 左詰記載して下さい	1	2	3	4	5	6	7	
	口座名義 (カタカナ)	マ	ニ	ワ		シ		ロ	ウ		

※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入

※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。

上記のとおり関係書類を添えて真庭市国民健康保険の傷病手当金の支給を申請します。

令和 2 年 6 月 1 日

真庭市長 様

申請者 (世帯主) 住所 真庭市〇〇1番2号

氏名 真庭 太郎 (印)

電話番号 0867-〇〇-xxxx

【委任状】※申請者と口座名義人が異なる場合にご記入ください。

申請者 (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 6 月 1 日
	住所	真庭市〇〇1番2号	
代理人 (口座名義人)	住所	真庭市〇〇1番2号	被保険者との続柄
	氏名	真庭 二郎 (真庭) 印	

真庭市国民健康保険傷病手当金支給申請書 (被保険者記入用②)

記入例

被保険者氏名	真庭 二郎
--------	-------

症状が出た日	令和 2 年 3 月 10 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 2 年 3 月 13 日 (午前 午後 11 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)	令和 2 年 3 月 13 日									
②医療機関の受診日	令和 年 月 日									
(①で「受診していない」と回答した場合)	令和 年 月 日									
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 2 年 3 月 10 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。)	10 日							
	令和 2 年 3 月 27 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	<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	令和 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

真庭市国民健康保険傷病手当金支給申請書 (事業主記入用)

記入例

労務に服することができなかつた期間を含む給与等計算期間の勤務状況及び給与等支払状況等をご記入ください。

被保険者氏名		真庭 二郎																				
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つ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	×	×	×	21	22	23	24	×	×	×	28	29	30		31					
令和 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					
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つ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。												給与等が生じた日数の計 (○、△、＝ の計)										
令和 元 年 12 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	○	○	14	15	9 日						
	16	17	○	○	○	○	○	○	○	△	△	△	28	29	30		31					
令和 2 年 1 月	1	2	3	○	○	6	7	8	○	△	/	11	12	13	14	15	8 日					
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○						
令和 2 年 2 月	1	2	3	○	○	6	○	○	△	10	11	12	13	14	15	10 日						
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	△	○	○	○	○		○					
令和 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					
②の期間に対して、給与等を支払いましたか。	1. はい		2. いいえ		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 checked="" type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他		給与計算		締日		毎月末		日							
										支払日		1. 当月		25		日						
②の期間の課税対象となる給与等支給状況をご記入ください。ただし、賞与（期末勤勉手当）は除く。																						
事業主が証明するところ	期間 区分	単価 (円)	12月 1日 ~			1月 1日 ~			2月 1日 ~													
			12月 31日 分			1月 31日 分			2月 29日 分													
	(A) 支給額 (円)			(B) 支給額 (円)			(C) 支給額 (円)															
	基本給	1	0	0	0	0	9	0	0	0	0	8	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	時給																					
	手当																					
	手当																					
	手当																					
現物給与																						
計						9	0	0	0	0	8	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	
			給与等支給総額 (上記 (A) ~ (C) の合計)									270000円										
給与等計算方法 (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 2 年 5 月 31 日										
事業所所在地		岡山県真庭市▲▲ 1 番 2 号																				
事業所名称		(株) 真庭国保サービス																				
事業主氏名		国保 花子																				
担当者氏名		国保 三郎				電話番号				0 8 6 7 - 〇〇 - □□□□												