

# 記入例

附則様式第1号（附則第3項関係）

新型コロナウイルス感染症に係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	つくば 123456		世帯主氏名	国保 一郎		世帯主の方の名					
	(フリガナ)	コクホ ジロウ		生年月日	平成〇 年〇〇 月〇〇 日		休業した本人について記載してください					
	氏名	国保 二郎										
	住所	△△県〇〇市〇〇町1丁目2番3号										
振込先	金融機関 名称	国保 (1234)		銀行 金庫・信組 農協・漁協 その他 ( )	中央 (123)		本店 (支店) 出張所・本店営業部 本所・支所 その他 ( )	手当金の振込先口座は、原則、世帯主になります。				
	預金別	普通・当座 その他 ( )		口座番号	1	2	3	4	5	6	7	金融機関のコードを調べて記入してください。 ※銀行名は数字4桁 ※支店名は数字3桁
	口座名義 (カタカナ)	コ	ク	ホ	シ	ロ	ウ					
	※左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1字とし、姓と名の間は1字空けてください。											
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和2年〇〇月〇〇日</p> <p>住所 △△県〇〇市〇〇町1丁目2番3号 電話番号012-3456-7890</p> <p>世帯主氏名 国保 一郎 ㊞</p> <p style="text-align: right;">つくば市長 宛て</p>												
<p>振込先を変える場合</p> <p>※口座名義は代理人になります</p>												
<p>【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。）</p>												
世帯主	本申請に基づく傷病手当金に関する受領を次の代理人に委任します。 令和2年〇〇月〇〇日							振込先を世帯主以外にする場合には、【受取代理人の欄】に記入してください。				
	氏名	国保 一郎 ㊞		住所	同上		※世帯主の押印が必要です					
代理人 (口座名義人)	〒123-4567 △△県〇〇市〇〇町1丁目2番3号			世帯主との関係								
	(フリガナ)	コクホ ジロウ				子						
	氏名	国保 二郎 ㊞										
保険者 記入欄	支給決定額							記入しないでください				
	円											

# 記入例

附則様式第2号（附則第3項関係）

新型コロナウイルス感染症に係る国民健康保険傷病手当金に関する申告書（被保険者記入用）

被保険者氏名		国保 二郎		休業した本人の名前	
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 又は保健所への相談日 (※相談した場合に記入)	令和2年3月10日 (午前10時頃)		
① 医療機関の受診状況	1 受診した→医療機関の証明（様式第51号）が必要です。				
	2 受診していない→下の「事業主記入欄」に事業主の証明が必要です。				
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 3月 10日				
	年 月 日				
③ 症状（期間等を具体的に記入してください。） 労務不能となった日からの療養期間	(医療機関を受診していない場合の例) 3月13日に37.5℃以上の発熱があり、その後4日間熱が下がらず、倦怠感と寒気あり。気管支が炎症しているようで、喉の痛みと咳症状あり。				
	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	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を除く。)	7日	待機期間の3日間を抜いた日を記入
⑥ 上記の療養のために休んだ期間に給与等の支払を受けましたか。又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、その支払の対象となった（なる）期間を記入してください。	年 月 日から	(給与等の額：円)			
	年 月 日まで				

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、以下の事業主記入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から⑦までの内容については、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	労務不能の判断については、原則、医療機関の医師が行いますが、医療機関を受診していない場合は被保険者が判断した日となります。 「③療養のために休んだ期間（労務不能の期間）」が、事業主が把握している本人の情報と相違ないか確認し証明を行ってください。 ※代表者の押印が必要です			
	事業所名称				
事業主氏名					
担当者氏名	電話番号				

※この証明書は事業主の方が記入するものです

# 記入例

附則様式第3号（附則第3項関係）

新型コロナウイルス感染症に係る勤務状況、給与等支払状況等証明書（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給与等計算期間の勤務状況、給与等支払状況等を記入してください。

被保険者氏名		国保 二郎												休業した方の名前					
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
年 月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	9	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以前の直近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（給与等が生じる。）は＝】、【その他の休暇（給与等が生じない。）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2年1月		1	2	○	4	5	6	7	○	9	10	11	12	△	14	15	8	日	
		16	17	18	△	20	21	22	○	24	25	26	○	28	29	30			31
令和2年2月		1	2	3	4	△	7	○	9	10	11	12	13	○	15	16	9	日	
		16	17	18	○	19	20	○	21	22	23	24	○	26	27	28			29
令和2年3月		1	○	3	4	5	6	○	8	9	10	11	△	13	○	15	8	日	
		16	△	17	18	○	19	20	21	22	23	○	25	26	○	28			29
年 月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	9	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、給与等を支払いましたか。		1 はい		2 いいえ		<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input checked="" type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他		給与等計算		締日 毎月末		支払日 1 当月 2 翌月 25							
②の期間の課税対象となる給与等支給状況を記入してください。ただし、期末勤勉手当（賞与）は除きます。																			
期間		単価（円）		1月1日～1月31日分				2月1日～2月29日分				3月1日～3月31日分							
区分				(A) 支給額（円）				(B) 支給額（円）				(C) 支給額（円）							
基本給		100000		900000				800000				1000000							
時給																			
手当																			
手当																			
手当																			
現物給与																			
計				900000				800000				1000000							
				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）について記入してください。														証明書の記入日					
上記のとおり相違ないことを証明します。														令和2年 〇〇月 〇〇日					
事業所所在地		△△県〇〇市〇〇町1丁目2番3号												事業主が記入・押印してください。 賃金に関する担当者と日中連絡のとれる電話番号を記入してください					
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		国保 三郎		電話番号		123-456-7890													

備考 この証明書は、つくば市に新型コロナウイルス感染症に係る国民健康保険傷病手当金の支給申請をする際に使用するものです。

間違った箇所を訂正する場合は、2重線で抹消して正しい内容を記入し、担当者の署名又は押印が必要です。

※この証明書は医療機関の方が記入するものです

# 記入例

附則様式第4号（附則第3項関係）

新型コロナウイルス感染症に係る受診等証明書（医療機関記入用）

医療機関記入欄	患者氏名	国保 二郎											
	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年〇〇月〇〇日									
	発病年月日	令和2年3月10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10日から 令和2年3月31日まで											
	労務不能と認められた期間のうち、入院期間	令和2年3月10日から 令和2年3月31日まで			療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input checked="" type="checkbox"/> 公費（ <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他							
					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 22 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
		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
	上記の期間中における「主たる症状及び経過」、「治療内容、検査結果及び療養指導」等を詳しく記入してください。												
新型コロナ感染症の感染の疑いのため、3/10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								
				退院年月日	令和2年3月31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				新型コロナウイルスに感染していない場合でも、感染の疑いがある場合には発熱等の症状について記入してください（PCR検査の実施日、検査結果日、治療内容、治療場所等）									
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 〇〇月 〇〇日 証明書の記入日									
上記のとおり相違ありません。													
医療機関の所在地	△△県〇〇市〇〇町1丁目2番3号												
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 345-678-9012												

備考 この証明書は、つくば市に新型コロナウイルス感染症に係る国民健康保険傷病手当金の支給申請をする際に使用するものです。

間違った箇所を訂正する場合は、2重線で抹消して正しい内容を記入し、担当者の署名又は押印が必要です。