

様式A（組合員本人 記入用）

	常務理事	事務長	課長	係
決				
裁				

国民健康保険傷病手当金支給申請書

※ 対象者が属する世帯の組合員本人が記載して下さい。

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号番号	歯国										組合員氏名											
	(フリガナ)											生年月日	昭和										
	対象者氏名												平成										
	自宅住所	(〒 -)																					
振 込 先 情 報	金融機関 名称						銀行 ・ 金庫 ・ 信組 農協 ・ 漁協					本店 ・ 支店 出張所 ・ 本店営業部 本所 ・ 支所											
	預金種別	普通 ・ 当座 その他 ()					口座番号																
	口座名義 (カタカナ)																						
大阪府歯科医師国民健康保険組合 理事長																							
当申請は、事実と相違ないことを誓約し、上記のとおり申請いたします。																							
令和 年 月 日																							
自宅住所																							
組合員氏名 印																							
電話番号 ()																							

支給要件について

- ※ 個人診療所の事業主(甲種組合員管理)は、「新型コロナウイルス感染症見舞金」を申請してください。
※ 申請いただいた書類は、傷病手当金の審査にのみ使用し、返却できません。

1. 対象者について

被用者(給与の支払いを受けている方)で、①および②に該当する当組合の被保険者

- ① 新型コロナウイルス感染症に感染した、または**発熱等の症状があり**感染が疑われ、療養のために**連続して4日以上**労務に服することができなかった。
② ①により、給与の支払いの全部または一部を受けることができなかった。

2. 申請方法について

申請には、**様式A・B・C・Eを提出**いただく必要があります。

- ※ 保険事故発生の翌日から起算し、2年以内に組合に申請書が到着した分が支給対象となります。

様式B（対象被保険者 記入用）

国民健康保険傷病手当金支給申請書

※ 対象者となる被保険者本人が記載して下さい。

被保険者証 記号番号	歯 国									対象被保険者氏名					
症状が出た日	令和	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)				令和	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（事業主の証明が必要です）										
(①で「受診した」と回答した場合)					令和	年	月	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)															
③ 症状(具体的な症状・期間等)															
④ 療養のために 休んだ期間		令和	年	月	日から	⑤ ④の期間のうち、勤務ができなかった日数				日間					
		令和	年	月	日まで	※ 新型コロナウイルス感染症 (または発熱等の症状があり感染が疑われた場合) によらない、休暇や勤務予定でない日は除きます。									
⑥ 上記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、今後受けられる予定がありますか。					1. はい 2. いいえ 3. 今後支払いを受ける予定 (令和 年 月頃)										
⑦ ⑥で「はい」「予定」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。 ※ <u>給与の全額が支払われている場合は、申請できません。</u>					令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	支払われた(予定) 給与等の額		円

(上記①で「受診していない」と回答した場合は、下記について、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 (甲種組合員管理)			⑨			
担当者氏名					電話番号								

様式C (事業主 記入用)

国民健康保険傷病手当金支給申請書

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		事業所の休診日 (お盆休み等も記載して下さい)		()曜日・その他()												
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 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	
令和 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	
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	
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	
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	
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	
事業主が証明するところ	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		1. 当月	日					
		<input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> その他					2. 翌月	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。																
期間	区分	単価(円)	月 日 ~		月 日 ~		月 日 ~									
			月 日 分	月 日 分	月 日 分	月 日 分	月 日 分	月 日 分	月 日 分	月 日 分						
			(A) 支給額(円)		(B) 支給額(円)		(C) 支給額(円)									
支給した賃金内訳	基本給															
	時給															
	手当															
	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。																
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												

※②において通勤手当は非課税対象の為含みません。

様式C (事業主 記入用)

国民健康保険傷病

休診日等、事業所の休業日を記入ください。
お盆休みや年末年始、祝日などの有無で変動する休業日も忘れず記入してください。

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

被保険者氏名		国保 太郎		事業所の休診日 (お盆休み等も記載して下さい)		(木・日) 曜日・その他(祝日) 8/10~8/15			
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4年7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						7 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						療養のために休んだ期間内の出勤予定であった日に×を記入してください。勤務予定でない日は対象外となります。	
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△】、【その他の休暇(賃金が発生しない)は○】						賃金が生じた日数の計 (= の計)			
4年5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						20 日	
4年6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						21 日	
4年7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						14 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						日	
②の期間に対して、賃金を支払いましたか?		給与の種類		賃金計算		締日			
1. はい		2. いいえ		<input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他		締日 月末 日 支払日 1. 当月 21 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	単価(円)	5月1日～ 5月31日分	6月1日～ 6月30日分	7月1日～ 7月31日分				
	区分		(A)支給額(円)	(B)支給額(円)	(C)支給額(円)				
	基本給	2000000	2000000	2000000	133334				
	時給								
	残業手当				8000				
	皆勤手当								
	職務手当				33334				
現物給									
計					174668				
賃金支給総額(上記(A)～(C)の合計)						714668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。 例 (基本給 200,000円 + 職務手当 50,000円) ÷ 勤務予定日数(21日) × 欠勤日数(7日) = 83,332円を控除									
休業手当や欠勤控除の計算方法について、詳細に記入ください。 欠勤控除を受けなかった場合や、皆勤手当のみがなくなった場合については支給を受けられないことがあります。									
事業所名称		事業主氏名							
担当者氏名		事業主の署名・押印をお願いいたします。 また、内容確認のご連絡することがあるため、担当者氏名・連絡先電話番号の記入もお願いいたします。							
※②において通勤手当は非課税対象の為									

様式 E

療 養 状 況 申 立 書

①	新型コロナウイルス感染症に感染し、陽性の判定をうけましたか。	はい いいえ
②	(①で「はい」と回答した場合) 陽性の判定日はいつですか。	年 月 日

被保険者氏名		
出勤しなかった日 の療養状況	出勤しなかった日について、事業所への連絡内容、 発熱やその他の自覚症状等を詳しくご記入ください。	
	月 日	
	月 日	
	月 日	
	月 日	
	月 日	
	月 日	
	月 日	

上記のとおり相違ないことを申し立てます。

なお、申立書が事実と相違していた場合は、支給された傷病手当金を返還いたします。

令和 年 月 日

申請者氏名

