

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)																			
	対象者氏名																			
	生年月日	昭和 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～Dの全てを提出**いただく必要があります。

(Dが提出できないときは、**Eの提出が必要**です。)

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）															
② 医療機関の受診日	(①で「受診した」と回答した場合)															
	令和 年 月 日															
	令和 年 月 日															
③ 症状(具体的な症状・期間等)	(①で「受診していない」と回答した場合)															
	令和 年 月 日															
	令和 年 月 日															
④ 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															
⑤ ④の期間のうち、勤務ができなかった日数																
※ 新型コロナウイルス感染症 (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。 ※ 給与の全額が支払われている場合は、申請できません。	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)																
⑩																
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。																
年 月 日																
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D (医療機関 記入用)

国民健康保険傷病手当金支給申請書

【自宅療養を行っていた場合等で、当様式を提出できない場合は、様式Eを添付してください。】

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	診療 実日数	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	診療 実日数	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	診療 実日数	日											
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31												
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																													
⑩ 電話番号 ()																													

様式 E (様式 D を提出できない場合)

療 養 状 況 申 立 書

様式 D (医療機関記入用) を提出できない場合は、この申立書を添付してください。

(発熱等の症状があり、感染が疑われる状況で自宅療養を行っていた場合等)

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

印