

(様式17-A)

令和 年 月 日支給

| | | | | |
|------------------|------------------------------|-------|---|-----|
| 支 部 長 印 | 自 令 年 月 日 至 令 年 月 日 日間 | 支 給 額 | 円 | 担当者 |
| | | | | |

傷病手当金支給申請書 (新型コロナウイルス感染症分)

| | | | | | |
|---|--|-----------|-----------|-------|----------|
| 被保険者証 記号番号 | 宮建 A | 組合員 種別 | 第2種 ・ 第3種 | | |
| 組合員氏名 | | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 月 日 | |
| 発症の状態 | 症状がある方の例：発熱・頭痛・息苦しさ等 症状がない方の例：無症状・なし等 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。（希望者は□にチェック） ※公金受取口座を利用する場合は、次の振込金融機関の記入は不要です。 | | | | | |
| 振込金融機関 | 銀行 信金 信組 農協 労金 その他 | 支店名 | 本店 | 預金の種類 | 普通・当座・貯蓄 |
| | | | 支店 | 口座番号 | |
| ※ 組合員様名義の口座へ振り込むことになります。（ご家族の方や、事業所名義は対象外です。） | | | | | |
| 申請に必要なもの | <ul style="list-style-type: none"> ・ 申請書の裏面（医療機関記入用）の証明 ・ （様式17-B）（事業主記入用） | | | | |
| 上記のとおり申請します。 | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | |
| 郵便番号 電話番号 | | | | | |
| 組合員 | 住所 | | | | |
| | フリガナ | | | | |
| | 氏 名 (印) | | | | |
| (申請先) 宮城県建設業国民健康保険組合理事長 | | | | | |

(様式17-A裏面)

(医療機関記入用)
(新型コロナウイルス感染症分)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|----|---|---|-----|---------|-----------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----|----|----|-------|----|-----|----|----|----|----|--|--|--|--|--|--|--|-----------|-----------|---|
| 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 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | |
| | 発病年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 労務不能と認められた期間 | 令和 | 年 | 月 | 日から | 発病の原因 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 令和 | 年 | 月 | 日まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | うち,入院期間 | 令和 | 年 | 月 | 日から | 療養費用の種別 | <input type="checkbox"/> 国保 | <input type="checkbox"/> 公費 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 令和 | 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。 | 令和 | 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 | | | | | | | | | 診療 実日数 | 日 |
| | | 令和 | 年 | 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | | | | | | | | | 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 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | 退院年月日 | 令和 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(様式17-B)

傷病手当金支給申請書 (事業主記入用)


(新型コロナウイルス感染症分)

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。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------|--------|-------------|-------------------------------|------------------------------|--------|-------------|------------|--------|--------|--------|--------|----|----|--------------------------|----|--|----|
| 被保険者証 記号番号 | | 宮建 A | | | | | | | | | | 組合員氏名 | | | | | | |
| 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 | | | |
| 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 | | | 31 |
| 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 | | | 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) | | | |
| 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 | 31 | | |
| 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 | 31 | | |
| 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 | 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 | | 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業主が証明するところ | 期間 区分 | 単価 (円) | 月 日 ~ | | 月 日 ~ | | 月 日 ~ | | | | | | | | | | | |
| | | | 月 日 分 | | 月 日 分 | | 月 日 分 | | | | | | | | | | | |
| | | | (A) 支給額 (円) | | (B) 支給額 (円) | | (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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑩ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 担当者氏名 | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |

記載例

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 | 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 3 月 13 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 | | | | | | | |
| | うち、入院期間 | 令和 2 年 3 月 10 日から | | 療養費用の種別 | <input type="checkbox"/> 国保 <input checked="" type="checkbox"/> 公費(感染症) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他 | | | | |
| | | 令和 2 年 3 月 31 日まで | | 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 (10) | | | | | | 診療実日数 22 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 (31) | | | | | | 診療実日数 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 | | | | | | 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) | | | | | | | | |
| 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 | 令和 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 | | | | | | | | | |
| 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 4 月 10 日 | | | | | | | | | |
| 上記のとおり相違ありません。 | | | | | | | | | |
| 医療機関の所在地 | | △△県◇◇市××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 | | | |

記載例

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 | | 国保 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 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 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) | | |
| 令和元年12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 | 9 日 | | | |
| 令和2年1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 | 8 日 | | | |
| 令和2年2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 | 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、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 <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 | 締日 毎月末日 | | |
| | 2. いいえ | | 支払日 1. 当月 2. 翌月 25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) | 12月1日 ~ 12月31日 分 (A)支給額(円) | 1月1日 ~ 1月31日 分 (B)支給額(円) | 2月1日 ~ 2月29日 分 (C)支給額(円) |
| | 基本給 | 10000 | 90000 | 80000 | 100000 |
| | 時給 | | | | |
| | 手当 | | | | |
| | 手当 | | | | |
| | 手当 | | | | |
| | 現物給与 | | | | |
| | 計 | | 90000 | 80000 | 100000 |
| 賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計) | | | 270000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。 | | | | | |
| 令和 2 年 4 月 5 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 ▲▲県●●市■町1丁目2番3号 | | | | | |
| 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 | | |