

国民健康保険傷病手当金支給申請書(申請者記入用)

記入例

被保険者情報	被保険者番号	05-0123456789											
	(フリガナ)	オオタ タロウ					生年月日	昭和 40 年 1 月 1 日					
	氏名	大田 太郎					対象となる被保険者の氏名等を記入してください。						
	住所	大田市大田町大田口1111番地											
振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他()			本店 支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他() ※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入								
	預金別	普通・当座 その他()		口座番号		1	2	3	4	5	6	7	
	口座名義(カタカナ)	オ		オ		タ		タ		ロ		ウ	
		傷病手当金の振込先を記入してください。											
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 2 年 7 月 1 日</p> <p>大田市長 様</p> <p>申請者は国保世帯主となります。</p> <p>住所 大田市大田町大田口1111番地</p> <p>申請者氏名 大田 太郎</p> <p>(国保世帯主)</p> <p>(電話番号) 0854-82-1600</p>													

【受取代理人の欄】(申請者以外の方が受領する場合は、記入が必要です。)

申請者	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 年 月 日	
	氏名	この部分は、必要に応じて記入してください。
代理人 (口座名義人)	〒	申請者との関係
	(フリガナ)	
	氏名	

保険者 記入欄	支給決定額
	円

国民健康保険傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)

記入例

医療機関 担当者が 意見を記 入するこ ろ	患者氏名	大田 太郎		
	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	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	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 年 月 日				
上記のとおり相違ありません。		この書類は、受診した医療機関で作成してもらってください。		
医療機関の所在地				
医療機関の名称				
医師の氏名				
		電話番号		