

## 申請書① 世帯主記入用

記入のしかた

この申請書は、申請者（世帯主）に関する事項を記入します。  
 新型コロナウイルス感染症に感染、または感染が疑われる方が世帯主ではない場合であっても、国民健康保険は世帯主に対して給付する制度であるため、申請者は世帯主となります。その上で、別の方に振込を希望する場合は、申請書下欄の「受取代理人の欄」への記入と世帯主のものとは別の認印による押印が必要となります。

第5号様式(その1) (附則第3項関係)

国民健康保険傷病手当金支給申請書(世帯主記入用)

新型コロナウイルス感染症に感染された方  
 (疑いのあった方)の情報を記入

被保険者情報	被保険者証 記号番号	23-12345678	世帯主氏名	鴨川 一郎
	(フリガナ) 氏名	カモガワ ハナコ	生年月日	平成11年10月1日
	住所	鴨川市横渚1450		
振込先	金融機関名称	銀行 金庫・信組 ゆうちょ 農協・漁協 その他( )	本店・支店 〇五八 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	9 8 7 6 5 4 3
口座名義 (カタカナ)		カモカワ ハナコ	※左詰めで記入してください。濁点又は半濁点は1字として、姓と名の間は1字空けてください。	
上記のとおり申請します。 令和3年10月25日 住所 鴨川市横渚1450 電話番号 04-7093-7839 世帯主氏名 鴨川 一郎 (鴨川) (宛て) 鴨川市長				

世帯主の口座を記入  
 世帯主以外の口座へ振込の場合は  
 受取代理人欄を記入

【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。)

世帯主	本申請に基づく傷病手当金に関する受領を下記の代理人に委任します 令和3年10月25日	
氏名	鴨川 一郎 (鴨川)	住所 同上
代理人 (口座名義人)	〒 296 - 0001 鴨川市横渚1450 (フリガナ) カモガワ ハナコ	世帯主との関係
氏名	鴨川 花子 (鴨川)	子
保険者 記入欄	支給決定額 円	

**申請書② 被保険者記入用（医療機関を受診した場合）**

【記入のしかた】

この申請書は、新型コロナウイルス感染症に感染または感染が疑われる方に関する事項を記入します。

令和4年8月9日からの臨時的な取扱いにより、医療機関を受診した場合であっても、症状、療養のために休んだ期間、勤務ができなかった日数等について、事業主が把握している内容と相違ないか、事業主の証明が必要となります。

第5号様式(その2) (附則第3項関係)  
国民健康保険傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

被保険者氏名	鴨川 花子		
症状が出た日	令和3年 9 月 5 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3年 9 月 8 日 (午後5 時頃)
①医療機関の受診状況	1. 受診した <input checked="" type="radio"/> 2. 受診していない <input type="radio"/>		
(①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日	令和3年 9 月 5 日 年 月 日 年 月 日		
(①で「受診していない」と回答した場合) ③症状(期間等を具体的に記入してください。)	発熱、喉の痛み、倦怠感が6日間続き、9月11日から平熱となったが、喉の痛みが続いていたので自宅療養を続け、20日に痛みがなくなった。		
④療養のために休んだ期間	令和3年 9 月 5 日から 令和3年 9 月 20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。] によらない休暇及び勤務予定がなかった日を除く。	11日
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 <input type="radio"/> 2. いいえ <input checked="" type="radio"/>		
⑦ ⑥で「はい」と回答した場合、その給与等の額及びその報酬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		

相談センターと「①医療機関の受診状況」の医療機関は別物です。

※医療機関の証明が不要となっているため、具体的な症状を記入してください。

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記載欄について、事業主の証明が必要です。)

事業主記入欄	令和3年 10 月 22 日 上記④～⑦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 鴨川市八色887-1 事業所名称 株式会社 西条商事 事業主氏名 西条 五郎	事業主印 (代表者印)
担当者氏名	西条 房子	電話番号 04-7092-1111

※医療機関の証明が不要となっているため、必ず事業主の証明を受けてください。

**申請書② 被保険者記入用 ( 医療機関を受診していない場合)**

記入のしかた

この申請書は、新型コロナウイルス感染症に感染または感染が疑われる方に関する事項を記入します。

医療機関を受診していない場合（感染疑いの場合）は、症状、療養のために休んだ期間、勤務ができなかった日数等について、事業主が把握している内容と相違ないか、事業主記入欄に証明を受けてください。

第5号様式(その2) (附則第3項関係)

国民健康保険傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

被保険者氏名		鴨川 花子	
症状が出た日	令和3年 9 月 5 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3年 9 月 8 日 ( 午後5 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		
①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日
①で「受診していない」と回答した場合) ③症状(期間等を具体的に記入してください。)	発熱、喉の痛み、倦怠感が6日間続き、9月11日から平熱となったが、喉の痛みが続いていたので自宅療養を続け、20日に痛みがなくなった。		
④療養のために休んだ期間	令和3年 9 月 5 日から 令和3年 9 月 20 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。)によらない休暇及び勤務予定がなかった日を除く。	11 日
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		
⑦⑥で「はい」と回答した場合、その給与等の額及びその報酬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 年 月 日まで	(給与等の額: 円)	

相談センターと「①医療機関の受診状況」の医療機関は別物です。

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記載欄について、事業主の証明が必要です。)

事業主記入欄	令和3年 10 月 22 日		
	上記④～⑦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 鴨川市八色887-1		
	事業所名称 株式会社 西条商事 事業主氏名 西条 五郎		
	事業主印 (代表者印)		
担当者氏名	西条 房子	電話番号	04-7092-1111

**申請書③ 事業主記入用**

記入のしかた

この申請書は、新型コロナウイルス感染症に感染または感染が疑われる方の勤務状況及び給与支払状況等を記入するもので、傷病手当金を算定するうえで大事な申請書となります。お勤め先の事業所に記入を依頼し、証明を受けてください。

記入いただいた申請書に不備等ある場合は、事業所様にご連絡させていただく場合があります。

第5号様式(その3) (附則第3項関係)

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記入してください。

被保険者氏名		鴨川 花子														
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3年9月	1	2	3	4	×	×	×	×	9	10	×	×	×	×	×	11 日
	16	17	18	×	×	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	
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3年7月	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	23 日
令和3年8月	○	○	○	△	△	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	22 日
令和3年9月	○	○	○	×	×	×	×	9	10	×	×	×	×	×	×	10 日
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		□月給 □時間給		□日給 □歩合給		賃金計算		縮日		毎月末		日		
	2. いいえ	□日給月給 □その他		□日給 □歩合給		□日給月給 □その他		賃金計算		支払日		1. 当月		25 日		
②の期間の課税対象となる賃金支給状況を記入してください。ただし、期末勤労手当(賞与)を除く。																
区分	期間	7月1 日 ~ 7月31 日 分			8月1 日 ~ 8月31 日 分			9月1 日 ~ 9月30 日 分								
	単価(円)	(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)																
賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入してください。																
上記のとおり相違ないことを証明します。												令和 3年 10 月 22 日				
事業所所在地	鴨川市八色887-1										事業主印 (代表者印)					
事業所名称	株式会社 西条商事															
事業主氏名	西条 五郎															
担当者氏名	西条 房子				電話番号				04-7092-1111							

該当する箇所を記入してください

※ 基本給・時給以外に支給している手当があれば記入してください。  
※ 支給総額の計算方法がわかるよう、計算方法や欠勤控除計算方法を記入してください。