

(様式1) 記入例

大阪市国民健康保険傷病手当金支給申請書(世帯主記入用)

| | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|--|--|---------------------|---|----------------|-----|---|---|---|---|---|
| 被保険者情報 | 被保険者 記号・番号 | 記号 阪国 | 番号(6ケタ) 123 4567 | 世帯主氏名 | | | | | | | |
| | (フリガナ) | コクホ ジロウ | | 生年月日 | 昭和 元 年 1 月 1 日 | | | | | | |
| | 氏 名 | 国保 二郎 | | | | | | | | | |
| 振込先 | 住 所 | 〒 123 - 4567 大阪市 北 区 中之島〇丁目〇番〇号 | | | | | | | | | |
| | 金融機関 名称 | 第一国保 <small>銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他()</small> | | 中央 <small>本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他()</small> ※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入 | | | | | | | |
| | 金融機関コード | 1 | 2 | 3 | 4 | 店番号 | 5 | 6 | 7 | | |
| | 預金別 | 普通・当座 その他() | | 口座番号 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 口座名義 (カタカナ) | コクホ シロウ | | | | | | | | | | |
| | ※左詰めで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字空けてください。※外国籍の方など、口座名義(カタカナ)の記載に不安な方は、口座名義がわかる通帳等のコピーをご提出ください。 | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり申請します。 | | | | | | | | | | | |
| 令和 4 年 7 月 28 日 | | | | | | | | | | | |
| 〒 123 - 4567 | | | | | | | | | | | |
| 住 所 大阪市北区中之島〇丁目〇番〇号 | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 (090)-0000-0000 ※必ずご記入ください | | | | | | | | | | | |
| 世帯主氏名 国保 一郎 | | | | | | | | | | | |
| (提出先) 大阪市長 | | | | | | | | | | | |

●資格確認書、資格情報通知書等に記載の

「記号 阪国●
番号●●●●●●」※記号は漢字、番号は6ケタ。枝番は記入不要です。
※上記に該当しない方は、国民健康保険の加入者ではない可能性がありますので、資格確認書等をもう一度ご確認ください。

●新型コロナウイルスに感染又は、感染の疑いにより就業できなかった時点の被保険者情報をご記入ください。

●外国籍の方など、口座名義(カタカナ)の記載に不安な方は口座名義がわかる通帳等のコピーをご提出ください。

●世帯主以外の方の口座に振込をご希望の場合は、下記の【委任状】欄にも記入ください。

●必ず、申請書提出時点における現住所をご記入ください。

※申請書に不備があった場合、郵送でのやり取りになります。大切な書類の送達トラブルの原因にもなりますのでご注意ください。申請後に転居を行った場合は、速やかにご連絡ください。

●必ず☑チェックをお願いします。誓約兼同意いただけない場合、審査ができませんのでご注意ください。

| | | | |
|-------------------------------------|--|---|---|
| 誓約書兼同意書(すべて読み、全項目のチェックをお願いします) | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 本申請書及び添付書類(以下「申請書等」という。)の記載内容が事実であることを誓約します。 | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 申請期間内は、勤務先からの給与は減額または無給であり、休業手当等の制度による給付がないこと及び他の制度からの給付があれば、傷病手当金の返還を誓約します。 | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 大阪市が申請書等の事実確認のため、医療機関・事業所等に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。 | | |
| 委任状 (世帯主以外の方が申請・受領する場合、記入が必要です。) | | | |
| 委任者 (世帯主) | 傷病手当金に関する | <input checked="" type="checkbox"/> 申請・ | <input checked="" type="checkbox"/> 受領 を下記の代理人に委任します。 令和 4 年 7 月 28 日 |
| | 氏名 | 国保 一郎 | 住所 同 上 |
| 受任者 | 住所 | 〒 123 - 4567 大阪市北区中之島〇丁目〇番〇号 | |
| | (フリガナ) | コクホ ジロウ | |
| | 氏 名 | 国保 二郎 | 080-0000-1111 |
| | 世帯主との関係 | 子 | 受任者の本人確認ができるものを必ずご提出ください。 マイナンバーカード、資格確認書、免許証等の写し |

| 大阪市記入欄 | | | | | | | |
|--------|------|-------|----|------|--------|----|----|
| 受付日 | 資格確認 | 申請書入力 | 審査 | 決定入力 | 支払帳票出力 | 通知 | 備考 |
| | | | | | | | |

【問合せ先】大阪市 福祉局 保険年金課 給付グループ(06-6208-7983)

●世帯主以外の方が申請を行う場合や、傷病手当金の受領者が世帯主でない場合は、必ず委任状欄への記入をお願いします。
※委任する場合は、受任者の本人確認ができる書類のコピーをご提出ください。

(様式2) 記入例

大阪市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 | 国保 二郎 | | | | | | | | |
| ★最下部の「事業主記入欄」があります。様式3とともに事業主の方の証明が必要です。 | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 帰国者・接触者相談センター <input checked="" type="checkbox"/> 保健所・保健福祉センター <small>※相談した場合に記入</small> | への相談日 令和 4 年 6 月 27 日 (9 時頃) | | | | | | | | |
| ①医療機関の受診状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 1. 受診した <input type="checkbox"/> 2. 受診していない | | | | | | | | |
| (①で「受診した」と回答した場合) | 令和 4 年 6 月 27 日 | | | | | | | | |
| ②医療機関の受診日 | 令和 年 月 日 | | | | | | | | |
| ③症状に関すること(※「感染をした(疑い含む)日」が令和5年5月8日以降の場合、支給対象外となります。) | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1. 症状が出た(発熱・せき・倦怠感など) <input type="checkbox"/> 2. 症状は出なかった <input type="checkbox"/> 3. 症状はなく、濃厚接触者となった | (2)症状が出た日 令和 4 年 6 月 27 日 (3)症状 <input checked="" type="checkbox"/> せき <input checked="" type="checkbox"/> 発熱 (38.5 度) <input checked="" type="checkbox"/> 倦怠感 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (味覚障害) | | | | | | | | |
| (4)検査実施日(PCR検査・抗原検査・血液検査など) | 令和 4 年 6 月 27 日 | | | | | | | | |
| 令和 4 年 6 月 27 日・ 7 月 10 日 | (5)検査結果日 令和 4 年 7 月 10 日 <input type="checkbox"/> 陽性 <input checked="" type="checkbox"/> 陰性 | | | | | | | | |
| (6)保健所からの就業制限期間 令和 4 年 6 月 27 日 ~ 令和 4 年 7 月 7 日 | | | | | | | | | |
| (7)その他 記載事項(※上記③(6)と下記④の期間が異なる場合は理由を詳しく記入してください。記入が無い場合は、③(6)の期間を基準とし、支給額を計算します。なお、理由の記入により全ての期間が対象となるものではありません。) | | | | | | | | | |
| 6/27の朝から発熱と咳があったため、病院で検査を行ったところコロナ陽性の結果が出た。保健所から療養期間は10日間の通知があり、7/7まで休業することになった。その後、療養期間の7/7を過ぎても熱が下がらず、コロナの疑いがあったため、勤務先と話し合い体調が回復するまで休むことで合意した。7/10に体調が回復し、PCR検査により陰性の結果が出たため7/11に職場に復帰した。 | | | | | | | | | |
| ④療養のために休んだ期間 | 令和 4 年 6 月 27 日から | ⑤左記期間のうち、勤務が決まっていた日数(※様式3の①と同日数を記入) | 無給休暇の日数 | | | | | | |
| (仕事の有無にかかわらず、病気を治すために休んだ期間) | 令和 4 年 7 月 10 日まで | 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)によらない休暇や勤務が決まっていなかった日は除く。 | 有給休暇の日数(休業手当含) | | | | | | |
| ⑥上記の療養のために休んだ期間に給与等(休業手当含)の支払いを受けましたか。または、今後受けられますか。 | <input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ | | | | | | | | |
| ⑦⑥で「はい」と回答した場合、その給与等(休業手当含)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。 | 令和 4 年 6 月 28 日から | (給与等[休業手当含]の額:円) | | | | | | | |
| | 令和 4 年 6 月 28 日まで | <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td>6</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table> | | | | 6 | 0 | 0 | 0 |
| | | 6 | 0 | 0 | 0 | | | | |

●ご自身において、症状を確認した日をご記入ください。

●「療養証明書」もしくは「療養期間証明書」等に記載された期間になります。※なお、様式4 医療機関が記入する申請書による場合は、労務不能と認めた期間のうち新型コロナウイルスに感染または、感染の疑いがある期間を記入してください。その他の疾病等の期間、又は後遺症の期間は対象外となります。※ご自身のご判断による期間ではありません。

【ご注意ください】

④の期間については、新型コロナウイルス感染症に感染、又は感染の疑いがあり、療養のために休んだ期間になります。

そのため、④の「療養のために休んだ期間」は、③(6)の「療養証明書」もしくは「療養期間証明書」等による療養期間と一致するものになります。

なお、③(6)の療養期間終了後も感染の疑いがある症状が継続していたため休業し、③(6)の期間と④の期間が異なる場合は、必ず③(7)の欄に、以下の2点の状況について記入してください。

■感染の疑いのあった症状の状況
 ■会社との合意の状況

※会社の指示による休業、ご自身のご判断による休業の場合は支給対象にはなりません。

(下記の事業主記入欄について、事業主の証明が必要です。)

| | | | | |
|--------|---|----------------|------|--------------|
| 事業主記入欄 | 令和 4 年 7 月 25 日 | | | |
| | 上記③(7)、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 | 大阪市北区天満〇丁目〇番〇号 | | |
| | 事業所名称 | 大阪〇〇〇株式会社 | | |
| | 事業主氏名 | 代表取締役社長 〇〇 〇〇 | | |
| | 担当者氏名 | 〇〇 〇〇 | 電話番号 | 06-0000-0000 |

【問合せ先】大阪市 福祉局 保険年金課 給付グループ(06-6208-7983)

●必ず事業主様に確認を求め、証明いただきますようお願いいたします。担当者名、電話番号についてもご記入いただきますようお願いいたします。

(様式3) 記入例

大阪市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 | | |
| 雇用形態 | | <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input checked="" type="checkbox"/> アルバイト・パート <input type="checkbox"/> 青色・白色専従者 | | |
| | | ※雇用形態が次の方は、支給対象外になります。 ⇒「個人事業主」、「フリーランス」、「ひとり親方」、「業務委託(請負)契約締結」等、 <input type="checkbox"/> その他() 「確定申告で事業所得のみ・年金所得のみ等の方」 | | |
| 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を含む月の勤務状況 勤務が決まっていた日、上記の事由により【無給休暇となった日は×】、【有給休暇日は△】で表示してください。 【※公休日(勤務予定ではない日)は、記載しないでください。】 | | 左記に記載した、勤務が決まっていた日数 ※様式2の⑤と同日数を記入 | | |
| 令和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 | 無給休暇の日数 日 | | |
| 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 | 有給休暇の日数 (休業手当含) 日 | | |
| 上記期間のうち、事業所を休業・廃止した期間があれば記載してください。 | | <input type="checkbox"/> 休業期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 廃止期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | | |
| 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)の発症日以降、労務に服することができず連続して休んだ4日目(支給基準日)を含む、給料月単位で直近3カ月分の勤務状況 【勤務は○】、【有給休暇は△】、【その他の休暇(休業手当等、賃金が生じる)は=】、【その他の休暇(賃金が生じない)は/】各日を表示してください。 | | 賃金が生じた日数の計 (○、△、= の計) | | |
| 令和4年4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 | 18 日 | | |
| 令和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 | 16 日 | | |
| 令和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 | 16 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 | 日 | | |
| ②の期間に対して、賃金を支払いましたか? | | 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 type="checkbox"/> その他 | | |
| 1. はい | | 賃金計算 毎月末 日 | | |
| 2. いいえ | | 支払日 1 当月 2 翌月 15 日 | | |
| ③上記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。【期末勤労手当(賞与)・通勤手当は除く。】 | | | | |
| 区分 | 単価(円) | 4月1日~4月30日分 (A)支給額(円) | 5月1日~5月31日分 (B)支給額(円) | 6月1日~6月30日分 (C)支給額(円) |
| 基本給 | 6000 | 102000 | 90000 | 90000 |
| 時給 | | | | |
| 残業手当 | 2000 | 8000 | 4000 | 6000 |
| 有給手当 | 6000 | 6000 | 6000 | 6000 |
| 手当 | | | | |
| 手当 | | | | |
| 現物給与 | | | | |
| 計 | | 116000 | 100000 | 102000 |
| | | 賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計) 318000円 | | |
| 賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について以下にご記入ください。 また、①の期間のうち、休業手当等の支払いがある場合は、その額・支給対象日・計算方法もご記入ください。 | | | | |
| 入社日: 令和3年4月1日 | | | | |
| 令和4年7月25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 | 大阪市北区天満〇丁目〇番〇号 | | | |
| 事業所名称 | 大阪〇〇〇株式会社 | | | |
| 事業主氏名 | 代表取締役社長 〇〇 〇〇 | | | |
| 担当者氏名 | 〇〇 〇〇 | | | |
| 電話番号 | 06-0000-0000 | | | |

●必ず事業主の方に記入してもらってください。事業主に記載内容の確認をする場合があります。
●ご自身で作成され、内容に相違があった場合は不支給となる場合があります。

●様式2④の「療養のために休んだ期間」において勤務予定であった日に対して「×」又は「△」を記入してください。
勤務予定がない日は対象外です。
②の勤務実績と勤務予定が異なる場合は、シフト表、雇用契約状況等の確認書類をご提出いただく場合があります。

●支給基準日を含め、給料月単位で直近3カ月の状況を記入してください。給料月単位のため、給料の締日が月末でない場合、4カ月にわたっての記入となります。
有給休暇、その他休暇(賃金有無)の記入もお願いします。
●発症日より前に一度も勤務がない場合は対象外になります。

●「2. いいえ」の場合は、支給実績が無いため、傷病手当金を支給することができません。

●賞与、通勤手当、住宅手当などは記入しないでください。
●手当内容が不明な場合は確認させていただく場合があります。
●税控除前の支給額をご記入ください。
●月2回以上給料の締日がある場合などは、用紙をコピーしてその期間毎に記入してください。
●賃金支給状況と直近3カ月の勤務実績の確認においては、給与明細書、源泉徴収票、確定申告書コピーなど確認書類をご提出いただく場合があります。

●休業手当や欠勤控除などの計算方法について詳しくご記入ください。
●入社日をご記入ください。(入社して3か月以上経過の方は、おおよその年月をご記入ください)

●必ず事業主様に確認を求め、証明いただきますようお願いいたします。担当者名、電話番号についてもご記入いただきますようお願いいたします。

(様式4) 記入例

大阪市国民健康保険傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)

※公的機関からの「My HER-SYS(マイハーシス)による療養証明書」、「療養期間証明書」又は「SMS(ショートメッセージサービス)による通知」を印刷出力したもの、その他、新型コロナウイルス感染症に感染したことに起因して、他の機関が発行した証明書類などが代用可能。なお、療養期間の終期の記載がない場合は、7日間以内の療養証明となります。(ただし、令和4年9月6日までに療養が終了した場合は10日間以内)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|----------|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 医療機関 担当者が 意見を記 入するこ 所 | 患者氏名 | 国保 二郎 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 傷病名 | 新型コロナウイルス感染症 (疑い含む)による呼吸器疾患 (肺炎) | | | | | | | | | | | | | | | 初診日 | 令和 4 年 6 月 27 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 発病年月日 | 令和 4 年 6 月 27 日 | | | | | | | | | | | | | | | 発病の原因 | 不詳 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 労務不能と 認めた期間 | 令和 4 年 6 月 27 日から 令和 4 年 7 月 7 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() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 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 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 | | | | | | | | | | | | | | | 診療 実日数 | 1 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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※「新型コロナウイルス感染症(疑い含む)」に限る。 | | | | | | | | | | | | | | | | 手術年月日 | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 新型コロナ感染症の感染疑いにより6/27に初診し、検査 の結果、陽性。新型コロナウイルス感染症であると認 め、7/7まで自宅療養を要すると診断 | | | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 新型コロナ感染症への感染により労務不能であり、自宅療養が必要である。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和 4 年 7 月 10 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり相違ありません。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関の所在地 大阪市北区淀屋橋○丁目○番○号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関の名称 大阪国保病院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師の氏名 □□ □□ 電話番号 06-0000-0000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

●必ず医療機関の方に記入
してもらってください。
●ご自身で作成したものは
無効または再提出となる場
合があります。

●ご自身が症状を確認した
日と違う場合がありますが、
「様式2③(2)症状が出た
日」には、ご自身において、
症状を確認した日を記入し
てください。

●新型コロナウイルス感染
症に感染、又は感染の疑い
により労務不能と認めた期
間が対象になります。
その他の疾病等であった
期間又は後遺症の期間は対
象外となります。