

松戸市国民健康保険傷病手当金支給申請書(世帯主記入用)

|                            |   |                             |  |  |      |   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------|---|-----------------------------|--|--|------|---|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>情<br>報 | 被保険者証<br>記号番号                               |                             |  |  |      | 世帯主氏名   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | (フリガナ)<br>氏名                                |                             |  |  |      | 生年月日  | 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 住所  |                             |  |  |      |   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 振<br>込<br>先                | 金融機関名<br>称                                  | 銀行・金庫・信組<br>農協・漁協<br>その他( ) |  |  |      | 本店・支店<br>出張所・本店営業部<br>本所・支所<br>その他( )<br>※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<br>その他( )             |  |  | 口座番号 |   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 口座名義(カタカナ)                                  |                             |  |  |      |   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | ※左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1字として、姓と名の間は一字空けてください。 |                             |  |  |      |   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |

上記のとおり申請します。

年 月 日

住所

電話番号

世帯主氏名

松戸市長

殿

【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                        | 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 年 月 日 |   |  |  |  |         |    |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 氏名                                   | Ⓧ |  |  |  | 住所      | 同上 |  |  |  |  |  |  |  |
| 代理人<br>(口座名義人)             | 〒 ー                                  |   |  |  |  |         |    |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | (フリガナ)                               |   |  |  |  |         |    |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 氏名                                   | Ⓧ |  |  |  | 世帯主との関係 |    |  |  |  |  |  |  |  |
| 保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄 | 支給決定額                                |   |  |  |  |         |    |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 円                                    |   |  |  |  |         |    |  |  |  |  |  |  |  |



# 松戸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   |        |       |                               |                              |            |       |            |       |    |    |    |                         |    |    |    |    |  |    |
| 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<br>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<br>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<br>【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<br>(○、△、＝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<br>支給した賃金内訳  | 期間     | 単価(円) | 月 日 ~                         |                              | 月 日 ~      |       | 月 日 ~      |       |    |    |    |                         |    |    |    |    |  |    |
|  | 区分     |       | 月 日 分                         |                              | 月 日 分      |       | 月 日 分      |       |    |    |    |                         |    |    |    |    |  |    |
|  |        |       | (A) 支給額(円)                    |                              | (B) 支給額(円) |       | (C) 支給額(円) |       |    |    |    |                         |    |    |    |    |  |    |
|  | 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 <span style="float: right;">(印)</span>   |        |       |                               |                              |            |       |            |       |    |    |    |                         |    |    |    |    |  |    |
| 担当者氏名  |        |       | 電話番号                          |                              |            |       |            |       |    |    |    |                         |    |    |    |    |  |    |

松戸市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                    |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |       |         |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 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 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |       |         | 療養費用の種別  | <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 公費( )<br><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<br><input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 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( )<br><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<br><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                                       |                         |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |       |         |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ⑨ 電話番号                                      |                         |         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |       |         |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |