

様式第3号（第23条関係）

傷病手当金支給申請書

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号番号		世帯主氏名	
	(フリガナ)		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所			
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 本所・支所 出張所・本店営業部 その他（ ） ※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入	
	預金種別	普通・当座 その他（ ）	口座番号	
	口座名義人 (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1字空けてください。		
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>日置市長 様</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 電話番号</p> <p>世帯主氏名 印</p>				

【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 印 住所 同上	
代 理 人 (口座名義人)	〒 -	世帯主との関係
	(フリガナ)	
	氏名 印	

保 険 者 記 入 欄	支給決定額
	円

様式第4号（第23条関係）

傷病手当金支給申請に係る被保険者の申告書

被保険者氏名	
--------	--

症状が出た日	年 月 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	年 月 日 ( 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)	年 月 日		
② 医療機関の受診日	年 月 日		
(①で「受診していない」と回答した場合)	年 月 日		
③ 症状（期間などを具体的に）			
④ 療養のために休んだ期間	年 月 日から 年 月 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。）によらない休暇や勤務予定がなかった日は除く。）	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		
(⑥で「はい」と回答した場合)	給与等の額      期 間		
⑦ その給与等の額とその支払の対象となった（なる）期間	円	年 月 日から 年 月 日まで	

（上記①で「受診していない」と回答した場合は、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	上記③～⑦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。		
	年 月 日		
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名		印
担当者氏名		電話番号	

様式第5号（第23条関係）

傷病手当金支給申請に係る事業主の証明書

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について、【新型コロナウイルス感染症による無給休暇を×】で表示してください。														無給休暇の日数		
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	
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の3か月の勤務状況について、【出勤は○】、【有給休暇は△】、【新型コロナウイルス感染症による無給休暇は×】、【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）		
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	
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	
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 2. いいえ	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他	賃金計算	締日	支払日	1. 当月 2. 翌月	日	日						
②の期間の課税対象となる賃金支給状況（期末勤勉手当（賞与）は除く。）を記入してください。																
支給した賃金内訳	期間	単価	月 日～			月 日～			月 日～							
	区分		月 日分			月 日分			月 日分							
			(A)支給額			(B)支給額			(C)支給額							
	基本給	円	円			円			円			円				
	時給	円	円			円			円			円				
	手当	円	円			円			円			円				
	手当	円	円			円			円			円				
	手当	円	円			円			円			円				
計	円	円			円			円			円					
			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。																
年 月 日																
事業所所在地																
事業所名称																
事業主氏名 印																
担当者氏名				電話番号												

様式第6号（第23条関係）

傷病手当金支給申請に係る医師の証明書

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 年 月 日まで																		
上記の期間 のうち、入院 した期間	年 月 日から										療養費用 の種別	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 公費（ ）						
	年 月 日まで											<input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> その他						
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			
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	診療実日数	日
	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		
上記の期間における主たる症状、経過、治療内容、検査結果、療養指導等を詳しく記入してください。																			
											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																			
上記のとおり相違ないことを証明します。																			
年 月 日																			
医療機関の所在地																			
医療機関の名称																			
医師の氏名																			
印																			
電話番号																			