

深谷市国民健康保険傷病手当金支給申請書記入の手引き

新型コロナウイルス感染症の拡大防止の観点から、感染又は感染の疑いがある被保険者が療養のために会社を休み、給与等を受けられないときに支給されます。

対象者及び支給要件

以下の条件に全て該当するかた。

- ① 深谷市国民健康保険加入者で、給与等の支払いを受けている被用者（青色事業専従者及び白色事業専従者含む）。※年金収入のみのかたは対象外となります。
- ② 新型コロナウイルスに感染し（※1）、又は発熱等の症状があり感染が疑われた（※2）ため労務に服することができなくなった場合。
- ③ ②により労務に服することができなくなった期間が連続して4日以上ある場合。

※1.医療機関を受診し、感染したことが医師により証明できるかた。

※2.感染が疑われた場合とは

- ・息苦しさ（呼吸困難）、強いだるさ（倦怠感）、高熱等の強い症状のいずれかがある場合。
- ・重症化しやすい方で、発熱や咳などの比較的軽い風邪の症状がある場合。

支給申請書の種類

医療機関を受診したかた	医療機関を受診しなかったかた
<p>必要な申請書4枚</p> <ol style="list-style-type: none">1. 世帯主記入用2. 被保険者記入用3. 事業主記入用4. 医療機関記入用	<p>必要な申請書3枚</p> <ol style="list-style-type: none">1. 世帯主記入用2. 被保険者記入用3. 事業主記入用

次ページへ⇒

申請書類及び添付書類

- (1) 深谷市国民健康保険傷病手当金申請書
【医療機関を受診したかた：4枚 医療機関を受診しなかったかた：3枚】
- (2) 深谷市国民健康保険被保険者証（写し）
- (3) 世帯主の本人確認資料（写し）
マイナンバーカード・運転免許証・パスポート等 顔写真付き本人確認資料。
顔写真がないものは、健康保険証・年金手帳・預金通帳・住基カード等から2点
- (4) 世帯主名義の口座情報（通帳表紙裏の見開き・キャッシュカード等の写し）
- (5) 被保険者が亡くなられ、相続人の方が請求する場合は、被保険者との続柄がわかる
戸籍謄本等
- (6) 委任状（代理申請の場合）

支給対象期間

※対象期間が「令和4年12月31日まで」から「令和5年5月7日まで」に感染されたかたへ延長されました。

令和2年1月1日から令和5年5月7日までに感染されたかたで療養のため労務に服することができなかった期間（入院等が継続する場合には、支給要件を満たしている日から最長1年6ヵ月まで）

支給対象日数及び支給額

支給対象日数：労務に服することができなくなった日から起算して3日を経過した日から、労務に服することができない期間のうち、労務に就くことを予定していた日。

支給額：（直近の継続した3か月間の給与収入の合計額÷労務日数）×2/3×支給対象日数
（最大日額の設定が別途あります。）

※以下にあてはまる場合、傷病手当金の支給額の一部または全部が調整されます。

※給与等の支払いがあった場合

休んだ期間について、2/3以上の給与等（給与・休業手当・休業補償給付等）の支払いがある場合、傷病手当金は支給されません。ただし、休んだ期間についての給与等の支払いがあってもその給与等の日額が、傷病手当金の日額より少ない場合、傷病手当金と給与の差額が支給されます。

提出・問い合わせ先

〒366-8501

埼玉県深谷市仲町11番地1号

深谷市役所 保険年金課

048-571-1211（代表番号）

国民健康保険傷病手当金支給申請書（世帯主記入用）

記入例

①

被保険者証記号番号は、保険証に記載されています。
（記号はなし。番号7ケタのみです）

①

1234567

世帯主氏名

深谷 太郎

②

深谷 花子

②

傷病手当金の対象となる被保険者の氏名をご記入ください。

③

金融機関名称 埼玉りそな

銀行・信用組合・農協
その他（ ）

深谷 太郎
山梨県・本居基幹
本所・支所
その他（ ）

振込先

預金別

普通・当座
その他（ ）

口座番号

9 9 9 9 9 9 9

カタカナ

フカヤ タロウ

口座名義

深谷 太郎

上記のとおり申請します。

令和 2 年 7 月 1 日

深谷 市長 宛て

世帯主名義の口座情報をご記入ください。

住 所 深谷市仲町11-1

電話番号 048-571-1211

世帯主氏名 深谷 太郎

③

「世帯主」の口座情報をご記入ください。

※ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号（記号・番号（13ケタ））ではなく、振込専用の店名（漢数字3文字）・預金種目・口座番号（7ケタ）をご記入ください。

記入例① 医療機関を受診した場合

手当金支給申請書（被保険者記入用）

4
医療機関を受診した場合は、受診状況をp.7の記入例で示す申請書（医療機関記入用）と差異がないようにご記入ください。

氏名		花子	生年月日	昭和 平成	52年 6月 22日
相談日	10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2年2月13日 (10時頃)		
①医療機関の受診状況		<input checked="" type="radio"/> 1. 受診した <input type="radio"/> 2. 受診していない			
②医療機関の受診日 (①で「受診した」と回答した場合)		令和2年2月14日			
③症状 (①で「受診した」と回答した場合)		医療機関より労務不能と連続して認められた期間をご記入ください。新型コロナウイルス感染症によらない休暇は除きます。			
④療養のために休んだ期間	令和2年2月14日から 令和2年3月6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。)	15日		
⑥上記の療養のために休んだ期間に給与等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="radio"/> 1. はい <input type="radio"/> 2. いいえ				
⑦上記で「はい」と回答した場合、その給与等の額と、その報酬支払の対象となった(なる)期間を御記入ください。	令和2年2月14日から 令和2年2月14日まで	(給与等の額:円)		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
		内訳(7,500円×1日=7,500円)		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

5
療養のために休んだ期間に給与等の支払いがあった場合（または今後ある場合）は、対象期間及び金額の合計をご記入ください。
支払いが複数日ある場合は、支払額の内訳についてもご記入ください

(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 年 月 日
	上記③～⑦までの内容については、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
	事業所名称

記入例② 医療機関を受診していない場合

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	深谷 花子	生年月日	昭和 52年 6月 22日 平成
--------	-------	------	---------------------

6

医療機関を受診していない場合は、療養中の症状についてできる限り詳細にご記入ください。

2月10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 年 月 日 (時 頃)	
状況	1. 受診した	2. 受診していない	
休む前後の経過を詳細に記入してください。	6	回復まで、具体的な体調や症状を記入してください。	
新型コロナウイルス感染が疑われる症状により休暇をとった連続した期間をご記入ください。	2/10 朝方37.3℃の発熱、午後2時頃体温37.8℃に上がる。強いだるさを感じる。 2/11 朝37.8℃。夕方解熱剤を服用し、体温は36.9℃。 2/12 早朝36.9℃。解熱剤を飲み、出勤。夕方37.8℃に上がる。 2/13 朝37.8℃。強いだるさが続き、咳が増える。 2/14 朝37.8℃。咳が増える。 2/15 朝37.9℃。解熱剤を飲むが嘔吐。 2/16 朝37.7℃。倦怠感、頭痛、咳。 2/17 朝37.5℃。倦怠感、咳。 2/18 朝37.6℃。強い頭痛。 2/19 昼37.5℃。倦怠感。 2/20 朝37.0℃。咳が減るがたん・鼻水増える。 2/21 朝36.6℃。だるさが落ち着く。鼻水多。2/22 朝36.4℃。平温。		
④療養のために休んだ期間	令和 2年 2月 13日 から 令和 2年 2月 21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。)	7日
⑥上記の療養のために休んだ期間に給与等の支払いを受けましたか。または、今後受けられますか。	1. はい		2. いいえ
⑦上記で「はい」と回答した場合、その給与等の額と、その報酬支払の対象となった(なる)期間を御記入ください。	令和 年 月 日 令和 年 月 日 内訳(医療機関を受診していない場合は、事業主の証明が必須です。	

(上記①において「はい」と回答した場合は、下記の事業主記載欄について、事業主の証明が必須です。)

7

事業主記入欄	令和 2年 6月 29日
上記③～⑦までの内容については、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	埼玉県深谷市〇〇 〇〇番地
事業所名称	有限会社△△△
事業主氏名	国保 一郎
担当氏名	国保 良子
電話番号	●●●-●●●-●●●●

7

医療機関を受診していない場合は、ご記入いただいた申請期間に対応する期間について、事業主の証明をいただいでください。

【お勤め先の事業所に証明を受けてください。】

様式第30号 (その3) (第39条関係)

(2面)

健康保険傷病手当金支給申請書(事業主記入用)

8

新型コロナウイルス感染症により、労務に服することができなかった期間において、無給休暇を×で表示してください。

8

新型コロナウイルス感染症による(感染が疑われる)無給休暇日についてのみ×を記載して

年月日	令和 52年 6月 22日
無給休暇の日数	14 日

9

新型コロナウイルス感染症により、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カ月の勤務状況について、出勤した場合は○、有給の場合は△、賃金が生じるその他の休暇の場合は=、無給休暇の場合は/、8の理由による無給休暇の場合は×で表示してください。

9

令和1年11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
令和1年12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
令和2年1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
令和2年2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

10

賃金が生じた日数の計(○、△、=の計)	10 日
	22 日
	15 日
	20 日

10

賃金計算期間(賃金計算の締日の翌日から締日の期間)における賃金が生じた日数の合計を、賃金締日の月の行にご記入ください。

給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他	賃金計算	締日 10 日
支払日	1. 当月 2. 翌月	25 日	

11月 11日 ~	12月 11日 ~	1月 11日 ~
12月 10日 分	1月 10日 分	2月 10日 分

50000	150
-------	-----

50000	190
賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計) 547500円	

資金計算方法(欠勤控除計算方法等)について御記入ください。
 基本給:欠勤控除あり(1月25日支給分) 150,000円÷20日×3日=22,500円
 通勤手当・住宅手当:欠勤控除なし

令和2年6月29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 埼玉県深谷市〇〇 〇〇番地
 事業所名称 有限会社△△△
 事業主氏名 国保 一郎

担当者氏名 国保 良子 電話番号 ●●●-●●●-●●●●

【受診した医療機関に証明を受けてください。】

様式第30号の2（第39条関係）

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

患者氏名	深谷 花子	生年月日	令和 平成 52年 6月 22日
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 2月 14日
発病年月日	令和 2年 2月 14日	発病の原因	不詳
労務不能と認められた期間	令和 2年 2月 14日から 令和 2年 3月 6日まで		
うち、入院期間	令和 2年 2月 14日から	療養費用の種別	<input checked="" type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他
	令和 2年 3月 6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
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	診療日数	16 日
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	診療日数	6 日
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	診療日数	日
「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	令和 年 月 日	退院年月日	令和 2年 3月 6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、結果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 2年 6月 30日			
上記のとおり相違ありません。			
医療機関の所在地 ○○○県 △△市 1-1			

11

療養のために労務に服することができなかつたと認められる期間とその日数をご記入ください。また、証明日以前の期間をご記入ください。

12

症状及び経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。
 ※検査の結果新型コロナウイルス感染症による症状でなかった場合も、労務不能と認められる場合にご記入ください。