

新型コロナウイルス感染症に係る 傷病手当金支給申請書 (組合員記入用)

感染者が記入

全歯から始まる記号番号が必須です。
それ以外の方はこの申請の対象者ではありません。保険者をご確認ください。

被保険者情報	被保険者証 記号番号	全歯00-1234567		組合員氏名	国保 一郎		
	(フリガナ) 氏名	コクホ イチロウ		生年月日	昭和 平成	元年	1月 1日
	住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号					
振込先	金融機関 名称	国保	銀行・信用金庫 信組・農協・漁協 その他()	中央	本店・支店 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		1	2	3
	口座名義(カタカナ)	コ	ク	ホ	イ	チ	ロ

※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。

感染者の振込先を記入

上記のとおり申請します。

令和 4 年 8 月 30 日

住所 〒000-0000 〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号 電話番号 123-456-7890
(日中に連絡が取れる番号)

組合員氏名 国保 一郎 (印)

(あて先) 全国歯科医師国民健康保険組合理事長

【受取代理人の欄】

申請者と振込先の口座名義が違う場合は、必ず下記を記入ください

組合員	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。 令和 年 月 日	
	氏名 (印)	住所
代理人 (口座名義人)	〒 -	
	氏名 (印)	組合員との関係

受取代理人の欄は、組合員以外が傷病手当金の受け取りを希望する場合に記入します。

新型コロナウイルス感染症に係る 傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

感染者が記入

第4面の記入について医療機関での対応が難しい場合は、③の症状を詳しく記入し、第2面の事業主記入欄の記入をお願いします。

被保険者氏名	国保 一郎
--------	-------

症状が出た日	令和 4年 8月 8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 4年 8月 12日 (午前11時頃)						
①医療機関の受診状況	1. 受診した → 医療機関による証明(第4面の記入)が必要です。								
	2. 受診していない → 下欄「事業主記入欄」による証明(記入)が必要です。								
(①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日	令和 4年 8月 9日								
	令和 4年 8月 12日								
	令和 年 月 日								
(①で「受診していない」と回答した場合) ③症状(期間などを具体的に)	【例:①で医療機関を受診したが、第4面の提出が難しい場合】 8/8 発熱、頭痛、関節痛 8/9 ●●診療所にて受診 PCR検査(結果:陰性) 8/12 38.6度の熱が続き、再度受診。PCR検査 8/13 陽性判定 ~8/21 自宅療養								
③療養のために 休んだ期間	令和 4年 8月 8日から	④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。)	8日						
	令和 4年 8月 21日まで								
⑤ 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								
⑥ ⑤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)期間をご記入ください。	令和 4年 8月 8日から	(給与等の額:円)							
	令和 4年 8月 10日まで	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>2</td><td>7</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> </table>				2	7	0	0
		2	7	0	0	0			

(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③~⑥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 ○○県○○市○○町○丁目○番○号
	事業所名称 ○○○○○○(歯科医院等)
事業主氏名 国保 花子 ①	
担当者氏名 国保 三郎	電話番号 000-000-0000

新型コロナウイルス感染症に係る 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 入するこ ろ	患者氏名	国保 一郎																				
	傷病名	COVID-19	初診日	令和	4年	8月	9日															
	発病年月日	令和	4年	8月	8日	発病の原因	不詳															
	労務不能と 認められた期間	令和	4年	8月	12日から																	
		令和	4年	8月	21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 checked="" type="checkbox"/> 公費(感染症)														
		令和	年	月	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												
	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	8月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	2	日
		令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	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	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の疑いのため、8/9受診。PCR検査の結果は陰性であったが、発熱が続くため8/12に再診。再度PCR検査を行い、COVID-19陽性となり、症状に対して処方し、隔離とした。					手術年月日	令和	年	月	日													
					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																						
COVID-19に感染したため、発症から10日間の隔離が必要であった。																						
																		令和	4年	8月	26日	
上記のとおり相違ありません。																						
医療機関の所在地					〇〇県〇〇市〇〇町△丁目△番△号																	
医療機関の名称					国保総合病院																	
医師の氏名					医師 太郎					印	電話番号 999-999-9999											