

Formulário de Solicitação do *Shoubyou Teate* do Kokumin Hoken

国民健康保険傷病手当金支給申請書

Dados do Segurado 被保険者情報	KIGOU BANGOU 記号・番号 do segurado	XXXXXX・XXX		Nome do chefe da família 世帯主氏名	DA SILVA PAULO						
	(Nome em KATAKANA) Nome 氏名	SOUZA DA SILVA MARIA		Data de nascimento 生年月日	XXXX	Ano	XX	Mês	XX	Dia	日
	Endereço 住所	Toyohashi-shi XXX-cho XX (XXX)									
Dados da conta bancária 振込先	Nome da Instituição Bancária 金融機関名	XXXX			銀行 信用金庫 信用組合 農協	XXX			本店 支店 出張所		
	Tipo de conta 預金種別	Corrente Empresarial 普通・当座		Número da conta 口座番号	X	X	X	X	X	X	X
	Titular da conta bancária em KATAKANA 口座名義人 (カタカナ)	ソ	ウ	サ	タ	シ	ル	ハ	マ	※ Em caso da conta do correio, escreva o número de 3 dígitos da agência	
※ Preencha pelo quadrado da esquerda. Os símbolos ° ou ° de cima da letra, devem ocupar um quadrado. Abra um espaço entre os nomes.											

Ilmo. Sr prefeito de Toyohashi,

Solicito o auxílio, conforme os dados acima.

Reiwa 令和 X 年 XX 月 XX 日

Endereço 住所 Toyohashi-shi XXX-cho XX (XXX) Telephone 電話番号 XX-XXXX

Nome do chefe da família 世帯主氏名 DA SILVA PAULO

豊橋市長様

【世帯主と口座名義人が異なる場合】 (Quando o titular da conta não for o chefe da família, preencha abaixo.)

Chefe da família 世帯主	Eu ortogo os poderes para o representante abaixo receber o pagamento deste auxílio. Reiwa 令和 年 月 日										
	Nome 氏名	DA SILVA PAULO			Endereço: 住所	o mesmo que acima 同上					
Titular da conta 口座名義人 Representante 代理人	〒 XXX - XXXX Toyohashi-shi XXX-cho XX (XXX)										
	(Nome em KATAKANA) Nome 氏名	SOUZA DA SILVA MARIA			Relação com o chefe da família 世帯主との関係			TSUMA			

保険者 記入欄	支給決定額									
	Preenchimento do Kokumin Hoken 円									

# Formulário de Solicitação do *Shoubyou Teate* do Kokumin Hoken (Para preenchimento do segurado)

国民健康保険傷病手当金支給申請書 (被保険者記入用)

Nome do segurado 被保険者氏名	<b>SOUZA DA SILVA MARIA</b>
----------------------------	-----------------------------

**MODELO DE PREENCHIMENTO**

Aparecimento dos sintomas 症状が出た日	Reiwa X Ano XX Mês XX Dia 令和 X 年 XX 月 XX 日	Data que consultou o Posto de Saúde (Caso tenha consultado) 受診・相談センターへの相談日 ※相談した場合に記入	Reiwa X Ano XX Mês XX Dia 令和 X 年 XX 月 XX 日 (Aprox. às hrs./時頃)		
① Consulta na instituição médica 医療機関の受診状況	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Consultei 1. 受診した</td> <td style="text-align: center;">Não consultei 2. 受診していない</td> </tr> </table>			Consultei 1. 受診した	Não consultei 2. 受診していない
Consultei 1. 受診した	Não consultei 2. 受診していない				
Para quem respondeu "Consultei" no item ① ①で「受診した」と回答した場合	Reiwa X Ano XX Mês XX Dia 令和 X 年 XX 月 XX 日				
② Data de consulta na instituição médica 医療機関の受診日	Reiwa Ano Mês Dia 令和 年 月 日				
③ Sintomas (Período, etc., detalhadamente) 症状 (期間などを具体的に)	XX Mês XX Dia ~ XX Mês XX Dia XX 月 XX 日 ~ XX 月 XX 日		38°C WO KOERU NETSU. (Febre de mais de 38°C)		
	XX Mês XX Dia ~ XX Mês XX Dia XX 月 XX 日 ~ XX 月 XX 日		ZUTSUU, SEKI, NODO NO ITAMI (Tosse, dor de cabeça e de garganta)		
	Mês Dia ~ Mês Dia 月 日 ~ 月 日				
④ Período que ficou de repouso 療養のために 休んだ期間	Desde Reiwa X Ano XX Mês XX Dia 令和 X 年 XX 月 XX 日から Até Reiwa X Ano XX Mês XX Dia 令和 X 年 XX 月 XX 日まで	⑤ No período da esquerda, a quantidade de dias que não conseguiu ir trabalhar. 左記期間のうち、勤務ができなかった日数 (Exceto as folgas que não são devido ao contágio da COVID-19 (inclui os dias que estava com sintomas e suspeita de contágio) ou os dias que não havia previsão de trabalho.)	XX dias 日		
⑥ Recebeu o pagamento da empresa, referente ao período acima de repouso? Ou tem previsão para receber? 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。	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">SIM 1. はい</td> <td style="text-align: center;">NÃO 2. いいえ</td> </tr> </table>			SIM 1. はい	NÃO 2. いいえ
SIM 1. はい	NÃO 2. いいえ				
⑦ Para quem respondeu "SIM" no item ⑥, escreva o período referente e o valor recebido. ⑥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。	Desde Reiwa Ano Mês Dia 令和 年 月 日から Até Reiwa Ano Mês Dia 令和 年 月 日まで	(Valor recebido em ¥ 給与等の額:円)			
Para preenchimento da empresa 事業主記入欄	上記③～⑦の内容に基づき、事業主として 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 令和 年 月 日 内容と相違ないことを証明します。				
担当者氏名	電話番号				

# 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

Para preenchimento da empresa

被保険者氏名		豊橋 花子		MODELO DE PREENCHIMENTO																													
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 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。																																	
令和 2年 3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		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		
				10		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）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 【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。																																	
令和 元年 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	
				10		日																											
令和 元年 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
				9		日																											
令和 2年 1月	1	2	3	4	△	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
				8		日																											
令和 2年 2月	1	2	3	4	5	6	7	8	△	10	11	△	12	13	14	15	16	17	18	19	△	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
				10		日																											
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		賃金計算		締日		毎月15		日																					
		2. いいえ						支払日		1. 当月		2. 翌月																					
										25		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。																																	
期間区分	単価 (円)	11月16日 ~ 12月15日 分		12月16日 ~ 1月15日 分		1月16日 ~ 2月15日 分																											
		(A) 支給額 (円)		(B) 支給額 (円)		(C) 支給額 (円)																											
基本給	10000	80000		90000		100000																											
時給																																	
手当																																	
手当																																	
手当																																	
現物給与																																	
計		90000		80000		100000																											
		賃金支給総額 (上記 (A) ~ (C) の合計)				270000 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 2年 5月 1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		▲▲県●●市■町1丁目2番3号																															
事業所名称		(株) 国保サービス																															
事業主氏名		国保 一郎																															
担当者氏名		国保 二郎		電話番号		123-456-7890																											

事業主が証明するところ

支給した賃金内訳

# 国民健康保険傷病手当金支給申請書 (医療機関記入用)

Para preenchimento da instituição médica

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名	豊橋 花子		
	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 3月 10日	
	発病年月日	令和 2年 3月 10日	MODELO DE PREENCHIMENTO	
	労務不能と認められた期間	令和 2年 3月 10日から 令和 2年 3月 31日まで		発病の原因 不詳
	うち、入院期間	令和 2年 3月 10日から	療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input checked="" type="checkbox"/> 公費 (感染症) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他
		令和 2年 3月 31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 2年 3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 22 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の感染の疑いのため、3/10初診。検査の結果陽性であり、肺炎の症状がみられたため同日から入院。2週間程度で症状の改善が見られ、3/31に実施した検査において陰性となったため退院。		手術年月日	令和 年 月 日	
		退院年月日	令和 2年 3月 31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、検査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 5月 1日				
上記のとおり相違ありません。				
医療機関の所在地 <b>△△県◇◇市××町1丁目2番3号</b>				
医療機関の名称 <b>国保総合病院</b>				
医師の氏名 <b>国保 四郎</b>		電話番号 <b>345-678-9012</b>		