

(その2)

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	
--------	--

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		
②医療機関の受診日 (①で「受診した」と回答した 場合)	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
③症状 (期間などを具体的に) (①で「受診していない」と回 答した場合)			
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		
⑦⑥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。	年 月 日 から 年 月 日 まで	(給与等の額) 円	

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記入欄について、事業主の証明が必要です。)

事業主 記入 欄	年 月 日		
	上記④～⑦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。		
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名		
担当者氏名		電話番号	