

国民健康保険傷病手当金支給申請書（被保険者記入用）

記載例

被保険者氏名		国保 二郎	
--------	--	-------	--

症状が出た日	令和 2 年 3 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 2 年 3 月 11 日 (午前 11 時頃)								
① 医療機関の受診状況		☒ 受診した ☐ 受診していない ↓ ↓ ②の問いへ ③の問いへ									
(①の問いで「受診した」と回答した場合)		令和 2 年 3 月 13 日									
② 医療機関の受診日		令和 年 月 日									
(①の問いで「受診していない」と回答した場合)		令和 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	令和 2 年 3 月 10 日から 令和 2 年 3 月 27 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。	☒ はい ☐ いいえ									
⑦	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。	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	(給与等の額：円) <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								

(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		印	
担当者氏名		電話番号	()