

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	<input type="checkbox"/> 受診した ↓ ②の問いへ		<input type="checkbox"/> 受診していない ↓ ③の問いへ
(①の問いで「受診した」と回答した場合)	年 月 日		
② 医療機関の受診日	年 月 日		
(①の問いで「受診していない」と回答した場合)	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	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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	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、下記の事業主記載欄について、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	Ⓜ	
担当者氏名		電話番号	()