

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								
(①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日		年 月 日								
		年 月 日								
		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）										
③療養のため に 休んだ期間	年 月 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。 〕	日							
	年 月 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。	年 月 日から (給与等の額：円) 年 月 日まで <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <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	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		
	事業所名称		
事業主氏名		(印)	
担当者氏名		電話番号	