

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	令和 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	令和 年 月 日								
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)	令和 年 月 日										
	令和 年 月 日										
	令和 年 月 日										
③ 症状（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	令和 年 月 日から	⑤ 左記期間のうち、勤務ができなかった日数									
	令和 年 月 日まで										
		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									
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	(給与等の額：円) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> 円 令和 年 月 日まで								

(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	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 <span style="float: right;">㊞</span>
担当者氏名	電話番号