

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)	年 月 日		
② 医療機関の受診日	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)			
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		
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	給与等の額	
	年 月 日まで	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 ⑩	
担当者氏名	電話番号	— —