

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 (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										
②医療機関名及び受診日 (①で「受診した」と回答した場合)	医療機関名：										
	令和 年 月 日										
③症状（期間などを具体的に） (①で「受診していない」と回答した場合)	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 (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。)									
	令和 年 月 日まで			日							
④療養のために休んだ期間	令和 年 月 日から										
	令和 年 月 日まで										
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)								
		令和 年 月 日まで	<table border="1"><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④～⑦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	