第１号様式その２（第２条関係）

記入例

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	国保　二郎

症状が出た日	令和2年3月10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２年３月１３日 （午前１１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		医療機関名：国保総合病院 令和　２年３月１３日 令和　　年　　月　　日	
~~（①で「受診していな~~ ③症状（具体的に）		**①医療機関の受診状況にかかわらず記入必須項目となります。** **記入例**：発熱、咳症状、咽頭痛等	
④療養のため休んだ期間	令和２年３月１０日から 令和２年３月２７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。）	１０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 令和　　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	
	令和　２　年　５　月　１　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　▲▲県●●
	こちらに必ず事業主の記入・押印をいただいてご提出ください。
	事業所名称　（株）健康保険サービス
	事業主氏名　健康　花子　健康　㊞

担当者氏名	健康　三郎	電話番号	１２３－４５６－７８９０