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 **10** 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
②	医療機関の受診日 （①で「受診した」と回答した場合）	令和 **2** 年 **3** 月 **10** 日	
		令和　年　月　日	
		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）		
④	療養のために休んだ期間	令和 **2** 年 **3** 月 **10** 日 から 令和 **2** 年 **3** 月 **27** 日 まで	
⑤	上記④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④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。	給与等の額　　円	
		令和　年　月　日 から	
		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、下記の事業主記載欄について、事業主の証明が必要です。）

事業主記入欄	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。 令和　年　月　日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名　　㊞

担当者氏名		電話番号	