

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(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 年 月 日 から	
		令和 年 月 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。)		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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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		印
担当者氏名		電話番号	