

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」と回答した場合に記入		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」と回答した場合に記入											
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 <small>（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の予定がなかった日を除く。）</small>	日								
⑥④の療養のために休んだ期間に給与等の支払を受けましたか。又は、今後受けられますか。		1. はい 2. いいえ									
⑦⑥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：円) 年 月 日まで <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></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、下記の事業主記入欄について、事業主の証明が必要です。）

事業主記入欄	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">年 月 日</div> <p>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。</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名 ⑧</p>		
担当者氏名		電話番号	