

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)	年 月 日									
	年 月 日									
	年 月 日									
②医療機関の受診日										
(①で「受診していない」と回答した場合)										
③症状(期間などを具体的に)										
③療養のために に休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで	④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。)	日							
⑤ 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									
⑥ ⑤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 年 月 日まで	(給与等の額:円) <table border="1"> <tr> <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。
この場合は、「国民健康保険傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)」の提出は不要です。

事業主 記入 欄	年 月 日		
	上記③～⑥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		
担当者氏名		電話番号	