

# 記入例

様式第15号(第18条関係)

## 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 5 年 4 月 2 日                                                                                                                                                                                                                              | 帰国者・接触者相談センターへの相談日<br>※相談した場合に記入                                                        | 令和 5 年 4 月 5 日<br>(午前9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)<br>②医療機関の受診日                            | 令和 5 年 4 月 5 日                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                         |                           |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                           | 年                      月                      日                                                                                                                                                                                             |                                                                                         |                           |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                           | 年                      月                      日                                                                                                                                                                                             |                                                                                         |                           |  |  |  |  |  |  |  |
| (①で「受診していない」と回答した場合)<br>③症状(期間などを具体的に)                    |                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                         |                           |  |  |  |  |  |  |  |
| ④療養のために<br>休んだ期間                                          | 令和 5 年 4 月 2 日から<br><br>令和 5 年 4 月 16 日まで                                                                                                                                                                                                   | ⑤左記期間のうち、勤務ができなかった日数<br><br>(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<br>上記の療養のために休んだ期間に<br>給与等の支払いを受けましたか。<br>または、今後受けられますか。 | 1. はい                      2. いいえ                                                                                                                                                                                                           |                                                                                         |                           |  |  |  |  |  |  |  |
| ⑦<br>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。  | 年                      月                      日から                      (給与等の額:円)<br><table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table><br>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、もしくは、上記④療養のために休んだ期間と国民健康保険傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)の労務不能と認めた期間が異なる場合は、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                      年                      月                      日 |      |  |
|        | 上記③～⑦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                                                                  |      |  |
|        | 事業所名称                                                                   |      |  |
|        | 事業主氏名                                                                   |      |  |
| 担当者氏名  |                                                                         | 電話番号 |  |