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 ※相談した場合に記入	令和　　年　　月　　日 （午前　　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（〇）	
（①で「受診した」と回答した場合） ②医療機関の受診日		令和　　年　　月　　日 年　　月　　日 年　　月　　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）		4月2日発熱のどの痛みがでたため、翌日PCR検査を受けた。 4月4日陽性と判明、療養期間は保健所の指示に従うようにということだった。保健所から連絡があり、4月16日まで自宅かホテルで療養するようにということだったため、自宅にて療養。 指示の期間で症状は治まったため、17日から仕事に復帰した。	
④療養のために休んだ期間	令和　５　年　４　月　２　日から 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 （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（〇）
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。	年　　月　　日から 年　　月　　日まで （給与等の額：円）

（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　５　年　12　月　８　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	▲▲県●●市■■町１丁目2番3号
事業所名称	（株）国保サービス
事業主氏名	国保　花子

担当者氏名	国保　三郎	電話番号	123－456－7890