

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) ②医療機関の受診日		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 (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。	年 月 日から (給与等の額:円) <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 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	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	