

(その2)

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 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。		
	事業所所在地		
	事業所名称		
事業主氏名	⑧		
担当者氏名		電話番号	