

# 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	令和 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	令和 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	令和 年 月 日				
	令和 年 月 日				
	令和 年 月 日				
(①で「受診していない」と回答した場合) ③症状（期間等を具体的に記入してください。）					
④療養のために休んだ期間	令和 年 月 日から	令和 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。）によらない休暇及び勤務予定がなかった日を除く。）	日	
⑥ 上記の療養のために休んだ期間に給与等の支払を受けましたか。又は、今後受けられますか。	1. はい                      2. いいえ				
⑦ ⑤で「はい」と回答した場合、その給与等の額及びその報酬の支払の対象となった（なる）期間を記入してください。	令和 年 月 日から	(給与等の額：円)			
	令和 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	<p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p>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。</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名 <span style="float: right;">⑧</span></p>
担当者氏名	電話番号