

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	
--------	--

被 保 険 者 記 入 欄	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(期間などを具体的に)				
	④療養のために 休んだ期間	令和 年 月 日から		⑤左記期間のうち、勤務ができなかった日数 <small>(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。)</small>	日
		令和 年 月 日まで			
⑥ ④の期間に 給与等の支払を受け 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、その支払の対象となっ た(なる)期間をご記入ください。		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「受診した」と回答した場合は、様式第1号の4による医療機関の医師の証明が必要です。「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	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			⑩	
担当者氏名		電話番号		