

# 国民健康保険傷病手当金支給申請書

被保険者記入用②

記号		番号		被保険者名	
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「1.受診した」と回答した場合				年	月 日
② 医療機関の受診日				年	月 日
⇒ ①で「2. 受診していない」と回答した場合				年	月 日
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	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、今後受けられますか。				1. はい	2. いいえ
⇒ ⑥で「1.はい」と回答した場合			年	月	日から 年 月 日まで
⑦ 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。			(給与等の額：円) 円		

(上記①において「2. 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	事業主氏名
担当者氏名		電話番号	