

(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。 又は、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)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、次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	