

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	国保 次郎
--------	-------

症状が出た日	令和2年3月10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2年3月13日 (午前・午後 11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 2年 3月 13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（具体的に）			
③療養のために 休んだ期間	令和 2年 3月 10日から 令和 2年 3月 27日まで	④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。	7日
⑤ 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		
⑥ ⑤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。	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	令和 年 月 日
	上記③～⑥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 印
担当者氏名	電話番号