

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
② 医療機関の受診日 (①で「1. 受診した」と回答した場合)		令和 年 月 日	
		令和 年 月 日	
		令和 年 月 日	
③ 症状(期間などを具体的に) (①で「2. 受診していない」と回答した場合)			
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 上記④の療養のために休んだ期間に給与等の支払いを受けられましたか。または、今後受けられますか。		1. はい	2. いいえ
⑦ ⑥で「1. はい」と回答した場合 その給付等の額と、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、「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	上記のとおり相違ないことを証明します。		令和 年 月 日
	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