

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）			
③療養のために 休んだ期間	年 月 日から 年 月 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。）	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。		年 月 日から (給与等の額：円) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse; margin: 5px 0;"></table> 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	<div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">年 月 日</div> <p>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。</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名 ⑤</p>
担当者氏名	電話番号