

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			
発症日	令和 年 月 日	帰国者・接触者相談センターへの相談日	令和 年 月 日
		(相談した場合)	(時頃)
①医療機関の受診の有無		1. 受診あり 2. 受診なし	
(医療機関を受診した場合) ②医療機関の受診日		令和 年 月 日	
		令和 年 月 日	
		令和 年 月 日	
(医療機関を受診していない場合) ③症状（期間などを具体的に記入）			
④療養で 休んだ期間	令和 年 月 日～	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
	令和 年 月 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。または、今後受けられますか。	1. はい 2. いいえ	
⑦	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。	給与等の額	令和 年 月 日～
		円	令和 年 月 日
(上記①において「2. 受診なし」と回答した場合は、下記の事業主記入欄について、事業主の証明が必要です。)			
事業主 記入 欄	令和 年 月 日		
	上記③～⑦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。		
	事業所の所在地		
	事業所の名称		
事業主の氏名			印
担当者の氏名		電話番号	