

# 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)
医療機関の受診状況		1. 受診した                      2. 受診していない	
( で「受診した」と回答した場合) 医療機関の受診日	令和 年 月 日		
	令和 年 月 日		
	令和 年 月 日		
( で「受診していない」と回答した場合) 症状(期間などを具体的に)			
療養のために 休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	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
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	
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 令和 年 月 日まで	(給与等の額:円) □ □ □ □ □ □ □ □

(上記 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 ~ 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	