

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		被保険者 電話番号	
--------	--	--------------	--

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 (頃) 時
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 年 月 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(期間などを具体的に)			
③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	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。	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	(給与等の額:円)	<input type="text"/>

(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

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 二郎	被保険者 電話番号	090-1234-5678
--------	-------	--------------	---------------

症状が出た日	令和4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4年3月13日 (午前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 4 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4年3月10日から 令和4年3月31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。	10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	