

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	
(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	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、勤務ができなかつた日数 〔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 勤務予定がなかつた日は除く。〕	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 なつた(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 () -	