

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(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)				
	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: right; 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</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">印</div>
担当者氏名	電話番号