

## 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<br>への相談日<br>※相談した場合に記入  | 年 月 日<br>( 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)<br>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)<br>③症状(期間などを具体的に)                        |   |   |                 |
| ③療養のために<br>休んだ期間  | 年 月 日から<br><br>年 月 日まで                  | ④左記期間のうち、勤務ができなかった日数<br><br>( 新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり<br>感染が疑われる場合を含む)によらない休暇や<br>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<br>給与等の支払いを受けましたか。<br>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<br>与等の額と、その報酬支払の対象と<br>なった(なる)期間をご記入ください。 | 年 月 日から<br><br>年 月 日まで                  | (給与等の額:円)<br><table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table> |                 |

(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<br>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 <span style="float: right;">㊟</span></p> |
| 担当者氏名      | 電話番号  |