

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
--------	-------

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	令和 2 年 月 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 2 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 2 年 月 日から 令和 2 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。）	7 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 2 年 月 日から 令和 2 年 月 日まで	(給与等の額：円) <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </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 記入 欄	令和 2 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			
担当者氏名		電話番号	