

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 記号・番号	綾〇〇〇〇-〇〇〇〇〇
--------	-------	---------------	-------------

症状が出た日	令和 〇年 〇月 〇日	帰国者・接触者相談センター への相談日 ※相談した場合のみ記入	令和 〇年 〇月 〇日 <input checked="" type="radio"/> 午前 午後（11時頃）
①医療機関の受診状況	<input checked="" type="radio"/> 1. 受診した <input type="radio"/> 2. 受診していない		
②上記で「受診した」と回答した場合 医療機関の受診日	令和 〇年 〇月 〇日		
	令和 年 月 日		
	令和 年 月 日		
③症状（期間などを具体的に）	令和〇年〇月〇日～〇日 37.5℃熱が上がったり、下がったりしていた 令和〇年〇月〇日～ 咳が出る、味がわからない など		
④療養のために 休んだ期間	令和 〇年 〇月〇日から 令和 〇年 〇月〇日まで	⑤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
⑥	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 <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ	
⑦	⑥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

（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④～⑦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	〇〇府〇〇〇市〇〇〇町〇〇丁目〇〇番〇	
	事業所名称	(株) 〇〇〇〇会社	
事業主氏名	国保 花子	<input type="checkbox"/> 印	
担当者氏名	国保 三郎	電話番号	〇〇〇-〇〇〇 〇〇〇〇

