

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		被保険者 記号・番号	
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 ※相談した場合のみ記入	年 月 日 午前・午後（ 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	
②上記で「受診した」と回答した場合 医療機関の受診日		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
③症状（期間などを具体的に）			
④療養のために 休んだ期間	年 月 日から 年 月 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。〕	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 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。	年 月 日から 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	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
	事業所名称
	事業主氏名 ⑩
担当者氏名	電話番号