

# 国民健康保険傷病手当金支給申請書 (被保険者記入用)

記入例

被保険者氏名	御嵩 太郎
--------	-------

症状が出た日	令和 2 年 3 月 10 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 3 月 10 日 (午後3 時頃)								
①医療機関の受診状況	1. <input checked="" type="radio"/> 受診した                      2. <input type="radio"/> 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 3 月 10 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)	※上記①で医療機関を受診していない場合に記入 (例) 3/10に37.5度の発熱、3/10~3/11まで2日間38度台の発熱、あわせて強い倦怠感があったが、それ以降、症状が一定に落ち着いた。										
③療養のために休んだ期間	令和 2 年 3 月 10 日から 令和 2 年 3 月 31 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. <input type="radio"/> はい                      2. <input checked="" type="radio"/> 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    年    月    日から 令和    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><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    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	※上記①医療機関の受診状況欄にて、医療機関を受診していない場合のみ事業所の証明が必要です。
	事業所名称	
事業主氏名	⑦	
担当者氏名	電話番号	