

# 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	長門 二郎
--------	-------

症状が出た日	令和 ○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○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 ○ 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(具体的に)			
③療養のために 休んだ期間	令和○年△月□日から  令和○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。)	〇〇日
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   年   月   日から  令和   年   月   日まで	(給与等の額:円) □□□□□□□□	

(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		
	事業所所在地		
	事業所名称		
事業主氏名			⑤
担当者氏名		電話番号	