

(その2)

記入例

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	被保険者証 記号番号	1234567
--------	-------	---------------	---------

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 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(具体的に)											
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27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。)	10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	(給与等の額:円)									
	令和    年    月    日まで	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									
⑦ 上記の療養のために休んだ期間に他の 健康保険から同一の事由による給付を受 けましたか。または、今後受けられます か。	1. はい                      2. いいえ ↓ (対象期間    年    月    日から    年    月    日)										

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、次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	