

(その2)

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		被保険者証 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 ※相談した場合に記入	年 月 日 ( 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		年 月 日									
		年 月 日									
		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）											
③療養のために 休んだ期間	年 月 日から 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。 〕	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。 又は、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。	年 月 日から 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>								
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	