

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					
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 分	
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	④左記期間のうち、勤務ができなかった日数	日		
	年 月 日まで	（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。）			
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。	年 月 日から	(給与等の額：円)			
	年 月 日まで				

（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	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">年 月 日</div> 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