

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
--------	-------

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 13日 (午前11時頃)								
①医療機関の受診状況	<input checked="" type="radio"/> 1 受診した <input type="radio"/> 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 13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)											
④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	⑤左記期間のうち、勤務ができなかった日数 <small>(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。)</small>	7日								
⑥ 上記の療養のために休んだ期間に 給与等の支払を受けましたか。 又は、今後受けられますか。	<input type="radio"/> 1 はい <input checked="" type="radio"/> 2 いいえ										
⑦ ⑥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)期間を御記入ください。	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>									

(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④～⑦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		