

国民健康保険傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

記入例

被保険者氏名	田辺 花子		
太枠部分を記入してください。			
症状が出た日	令和 2 年 3 月 10 日 ※必ず記入してください。	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	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 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)	○上記①で「2. 受診していない」とした場合、 症状を具体的に記入してください。		
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	□ □ □ □ □ □ □ □	

(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す。
	事業所 事業 ○上記①医療機関の受診状況欄にて、「医療機関を受診していない」 場合のみ事業所の証明が必要です。
事業主氏名	Ⓜ
担当者氏名	電話番号