

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		被保険者記号番号								
症状が出た日		令和 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								
		令和 年 月 日 (時頃)								
①	医療機関の受診状況		<input type="checkbox"/> 受診した <input type="checkbox"/> 受診していない (PCR検査のために受診した日：令和 年 月 日)							
	②	1 ((①で「受診した」と回答した場合) 医療機関の受診日	令和 年 月 日							
令和 年 月 日										
令和 年 月 日										
2 ((①で「受診していない」と回答した場合) 症状(期間などを具体的に)										
③	療養のために休んだ期間	令和 年 月 日から	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)							
		令和 年 月 日まで								
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。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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)							
			<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> 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。		
	事業所所在地		
	事業所名		
事業主氏名			
担当者氏名		電話番号	