

## 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			
① 症状が出た日	令和 年 月 日	② 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)
③ 医療機関の受診状況	受診した ・ 受診していない		
④ 医療機関の受診日 (③で「受診した」と回答した場合に記入)	令和 年 月 日		
	令和 年 月 日		
	令和 年 月 日		
⑤ 症状（期間などを具体的に） (③で「受診していない」と回答した場合に記入)			
⑥ 療養のために休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	⑦ 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を除く。）</small>	日
⑧ 療養のために休んだ期間の給与等の支払の有無 (今後の支払予定を含む。)	有 ・ 無		
⑨ 療養のために休んだ期間の給与等の額と、その支払の対象となった（なる）期間 (⑧で「有」と回答した場合に記入)	給与等の額		円
	支払の対象となった（なる）期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
（上記③において「受診していない」と回答した場合は、次の事業主記入欄に、事業主の証明が必要です。）			
事業主記入欄	<p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>上記⑥から⑨までの内容については、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。</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名 <span style="float: right;">⑨</span></p>		
担当者氏名			電話番号