

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 | 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 | | 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) | | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | |
| ②医療機関の受診日 | | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | |
| (①で「受診していない」と回答した場合) | | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | |
| ③症状(期間などを具体的に) | | | | | | | | | | | |
| ③療養のために に休んだ期間 | | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | ④左記機関のうち、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。 | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| ⑥⑤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 令和 年 月 日まで | (給与等の額:円) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></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③～⑥の内容について、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 |
| | (印) |
| 担当者氏名 | |
| 電話番号 | |