

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	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	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) ②医療機関の受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	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	年 月 日から	⑤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。）	日
	年 月 日まで		
⑥	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
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）期間をご記入くだ さい。	年 月 日から	(給与等の額：円)
		年 月 日まで	

事業主 記入欄	年 月 日	
	上記③～⑦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	印
担当者氏名	電話番号	