

第 3 3 号様式その 2（附則第 6 項関係）

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								
(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）										
③療養のために 休んだ期間	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。）によらない休暇及び勤 務予定がなかった日を除く。〕	日							
	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。 又は、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）期間を御記入くだ さい。	年 月 日から (給与等の額：円) 年 月 日まで	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							
(上記①において「受診していない」と回答した場合又は医療機関用申請書の添付を省略する場合は、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	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									
	事業所名称									
事業主氏名										
担当者氏名		電話番号								