

第33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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(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