

## 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	国保 二郎
--------	-------

症状が出た日	令和2年3月10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2年3月13日 (午前11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	令和 2 年 3 月 13 日										
	令和   年   月   日										
	令和   年   月   日										
(①で「受診していない」と回答した場合) ③症状(具体的に)											
③療養のために 休んだ期間	令和2年3月10日から 令和2年3月27日まで	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)によらない休暇や 勤務予定がなかった日は除く。)	7日								
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										
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)期間をご記入ください。	令和   年   月   日から	(給与等の額:円)									
	令和   年   月   日まで	<table border="1"> <tr> <td></td><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	令和   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	<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; padding: 10px; background-color: #e6f2ff;">           ※ 受診していない場合、又は受診した場合であっても申請書その4(医療機関記入用)の添付を省略する時は、本欄への証明が必要です。         </div>	
	事業所名称		
事業主氏名			
担当者氏名	電話番号		