

# 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<br>への相談日<br>※相談した場合に記入  | 令和2年3月13日<br>(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<br>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<br>③症状(具体的に)                                  |                                |   |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ③療養のために<br>休んだ期間   | 令和2年3月10日から<br><br>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<br><br>(<br>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<br>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<br>は除く。<br>)                 | 7日                    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ⑤<br>上記の療養のために休んだ期間に<br>給与等の支払いを受けましたか。<br>または、今後受けられますか。        | 1. はい      2. いいえ              |   |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ⑥<br>⑤で「はい」と回答した場合、その給<br>与等の額と、その報酬支払の対象と<br>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<br>記入<br>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                                       |
|                | 事業所名称  |
|                | 事業主氏名  |
|                | (印)  |
| 担当者氏名          | 電話番号   |