

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)	年 月 日		
② 医療機関の受診日	年 月 日		
(①で「受診していない」と回答した場合)	年 月 日		
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 年 月 日まで	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
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。	(給与等の額：円) 年 月 日から 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③～⑦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 <span style="float: right;">⑤</span>
担当者氏名	電話番号

# 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	<input checked="" type="radio"/> 1. 受診した <input type="radio"/> 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 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(具体的に)											
④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	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。 )	7日								
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。	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ										
⑦ 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。	年      月      日から  年      月      日まで	(給与等の額:円) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></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。)

事業主記入欄	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">年      月      日</div> 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 <span style="float: right;">(印)</span>		
担当者氏名	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%; text-align: center;">電話番号</td> </tr> </table>		電話番号
	電話番号		