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　　　年　　　月　　　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。 | 日 |
| ⑤ | 上記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。 | 　　　　年　　　　月　　　　日から　　　　年　　　　月　　　　日まで　（給与等の額：円）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

 |

（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③～⑥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 |  |