

# 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  | 令和 年 月 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 年 月 日<br>( 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 年 月 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 年 月 日から<br><br>令和 年 月 日まで      | ④左記期間のうち、勤務ができなかった日数<br><br>( 新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり<br>感染が疑われる場合を含む)によらない休暇や<br>勤務予定がなかった日は除く。 )   | 日                 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ⑤ 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 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<br><br>令和 年 月 日まで      | (給与等の額:円)<br><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> |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                                   |   |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |

(医療機関記入用申請書を提出しない場合は、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                                       |
|        | 事業所名称  |
| 事業主氏名  | Ⓜ  |
| 担当者氏名  | 電話番号   |