

国民健康保険傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

記入例

被保険者氏名	飯能 次郎
--------	-------

症状が出た日	令和2年 4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 4月13日 (午前 10 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 4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(期間などを具体的に)										
④療養のために 休んだ期間	令和2年 4月 10日から 令和2年 4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。)	10日							
⑥	上記の療養のために休んだ期間に 給与等の支払を受けましたか。 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。	年 月 日から (給与等の額:円) 年 月 日まで <table border="1"><tr><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	上記①において「受診した」と回答しても事業主の証明が必要になります。	
	事業所名称		
	事業主氏名	印	
担当者氏名		電話番号	