

# 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 | 砂川 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   | <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)<br>②医療機関の受診日                                    | 令和2年 3月 13日   |  |                        |
|  | 年 月 日   |  |                        |
| ①で「受診していない」と回答した場合)<br>③症状(期間などを具体的に)                            | 年 月 日   |  |                        |
|  | 年 月 日   |  |                        |
| 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>(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。)   | 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。        | <input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 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。 | 年 月 日から   | (給与等の額:円)  |                        |
|  | 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<br>記入<br>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   |