

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 | | | | | | | | | | |
| 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 | (給与等の額:円) | | | | | | | | | |
| | 年 月 日まで | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <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> <p>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。</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名 (印)</p> |
| 担当者氏名 | 電話番号 |