

国民健康保険傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

対象者氏名	国保 二郎
-------	-------

症状が出た日	令和2年3月10日	発熱等受診(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3月13日 (午前11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 3 月 1 3 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) ③症状(具体的に) 及び未受診の理由											
④療養のために休んだ期間	令和2年3月10日から 令和2年3月18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。)	7日								
⑥ 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										
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。	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	(給与等の額:円) <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									

(事業主の証明が必要です。)

事業主記入欄	令和 年 月 日		
	上記④～⑥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	