

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	国保 二郎
--------	-------

記入例

症状が出た日	令和3年3月9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3年3月10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 受診医療機関名:(○○○病院) 陽性(○)・陰性()どちらかに○をしてください。										
(①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日	令和 3 年 3 月 10 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)											
③療養のために 休んだ期間	令和3年3月10日から 令和3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 (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								
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。	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>									

やむを得ない理由により、支給申請書(医療機関記入用)の提出ができない場合は、下記の事業主の証明が必要となります。

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