

# 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	国保 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 13 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月10日 38度発熱・自宅療養開始 3月13日 PCR検査を受検 3月14日 PCR検査陽性 ~~~~~ 4月1日 自宅療養終了・職場復帰												
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。)	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" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><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	令和〇年〇月〇日		
	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    ▲▲県●●市■町1丁目2番3号		
	事業所名称        (株)国保サービス		
事業主氏名        国保 花子			
担当者氏名	国保 三郎	電話番号	123-456-7890