

# 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  | 令和 年 月 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 年 月 日<br>(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)<br>②医療機関の受診日                                    |                                   | 令和 年 月 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)<br>③症状(期間などを具体的に)                            |                                   |   |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ③療養のために<br>休んだ期間  | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで          | ④左記期間のうち、勤務ができなかった日<br>数<br>(新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状が<br>あり<br>感染が疑われる場合を含む)によらない休暇)                                | 日               |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ⑤ 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。            | 1. はい                      2. いいえ |   |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ⑥ 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<br>となった(なる)期間をご記入くださ<br>い。 | 令和 年 月 日から                        | (給与等の額:円)   |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 令和 年 月 日まで                        | <table border="1"> <tr> <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<br>記入<br>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 |      |     |
|                | 事業所所在地                                     |      |     |
|                | 事業所名称                                      |      |     |
|                | 事業主氏名                                      |      | (印) |
| 担当者氏名          |  | 電話番号 |     |