

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	福岡 花子		
症状が出た日	令和 2年 4月 3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 4月 6日
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 4月 7日		
	令和 年 月 日		
	令和 年 月 日		
③症状(具体的に)及び受診できなかった理由	令和2年4月3日に37.5℃以上の発熱。倦怠感や息苦しさが2週間ほど続いた。 令和2年4月7日に検査を受け、新型コロナウイルス陽性との結果が出た。		
④療養のために 休んだ期間	令和 2年 4月 3日から 令和 2年 4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。〕	10 日
⑥ 上記の療養のために休んだ期間に 給与等の補償のための給付を受けまし 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、その制度 名と金額をご記入ください。	制度名:	受給(予定)金額 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円	
事業主記入欄	令和 2年 5月 8日		
	上記③、④、⑤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	福岡市東区●●1丁目2番3号	
	事業所名称	国保商店	
事業主氏名(※)	国保 剛		
(※)法人の場合は、記名押印してください。法人以外でも、本人(事業主)が手書きしない場合は、記名押印してください。			
担当者氏名	国保 康子	電話番号	092-★★★★-〇〇〇〇