

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 への相談日 ※相談した場合に記入	令和 年 月 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 年 月 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					
④療養のために 休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 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。)		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		
				円	
事業主記入欄	令和 年 月 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				
	事業所名称				
事業主氏名(※)					
(※)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			電話番号		