

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

佐々町

被保険者氏名 国保 二郎

症状が出た日	令和 3 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 3 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 → 「医療機関記入用」に記入しても らって添付してください。										
	2. 受診していない → 本用紙の「事業主記入欄」に証明 をしてもらってください。										
(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 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)	医療機関を受診していても、新型コロナウイルスの感染の 疑いはなく、他の疾病と診断された場合は、「受診してい ない」に○をつけてください。										
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	(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 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
	医療機関を受診していない場合は、事業主に証明をし てもらってください。
	事業主氏名
担当者氏名	電話番号