

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 太郎		医療機関を受診した場合									
症状が出た日	令和 2 年 5 月 8 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 5 月 11 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 5 月 11 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(期間などを具体的に)		医療機関の証明書中「労務不能と認められた期間」と一致している必要があります。											
④療養のために休んだ期間	令和 2 年 5 月 8 日から 令和 2 年 5 月 29 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)		16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	(給与等の額:円)											
	令和 年 月 日まで	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></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③～⑦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
	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