

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		医療機関を受診していない場合		
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 (年 月 日 (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 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) ③症状(期間などを具体的に)		5/8に発熱(38.0℃)・せき・倦怠感あり。 5/11～18は37.1～37.3℃の微熱が続き、5/19以降は 平熱になったが、せきが残っていたため、市販薬を服用して 自宅療養し、5/29に症状はなくなった。				
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					

(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 2 年 6 月 22 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	〇〇県××市△△△町1-2-3		
	事業所名称	株式会社□×□×□×□×□		
事業主氏名	埼玉 太郎	(代 表 者 主 印)		
担当者氏名	健康 一郎	電話番号	000-999-0000	