

# 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	国保 二郎
--------	-------

症状が出た日	令和2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2年3月10日 (午前11時頃)								
①医療機関の受診状況	<input checked="" type="radio"/> 1. 受診した <input type="radio"/> 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 3 月 10 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)	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">           ※上記①で医療機関を受診していない場合に記入            (例) 3/10に37.5度の発熱、3/11～3/12まで2日間            38度台の発熱、あわせて強い倦怠感があったが、それ以降、症状が一定に落ち着いた。         </div>										
④療養のために休んだ期間	令和2年3月10日から 令和2年3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。)	7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。	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ										
⑦ 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" style="width: 100%; height: 20px;"> <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
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">           ※上記①医療機関の受診状況欄にて、医療機関を受診していない場合のみ事業所の証明が必要です。         </div>
	事業主氏名
	⑨
担当者氏名	電話番号