

(様式第7号)

## 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	年 月 日	医療機関 (かかりつけ医等)、 発熱等受診・相談センター等 への相談日 ※相談した場合に記入	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		年 月 日	
		年 月 日	
		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)			
③療養のために 休んだ期間	年 月 日から 年 月 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。	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。	年 月 日から	(給与等の額: 円)	
	年 月 日まで	□ □ □ □ □ □ □ □	

事業主 記入欄	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		
	事業主氏名	印	
担当者氏名		電話番号	