

# 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	令和〇〇年〇〇月〇〇日	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	令和〇〇年〇〇月〇〇日 (午前〇〇時頃)
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 〇 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 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)			
③療養のために 休んだ期間	令和〇〇年〇〇月〇〇日から  令和〇〇年〇〇月〇〇日まで	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。	令和    年        月        日から	(給与等の額:円)	
	令和    年        月        日まで	□□□□□□□□	

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
	事業主氏名
	印
担当者氏名	電話番号