

## 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	帰国者・接触者相談センター 又は保健所への相談日 ※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 →医療機関による証明 (様式第4号)が必要	2. 受診していない →下欄「事業主記入欄」 による証明が必要								
②	医療機関の受診日 (①で「受診した」と回答した場合)	年 月 日									
		年 月 日									
		年 月 日									
③	症状(期間などを具体的に記入) (①で「受診していない」と回答した場合)										
④	療養のために 休んだ 期間	年 月 日から  年 月 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。 )								
			日								
⑥	上記の療養のために休んだ期間に 給与等の支払を受けましたか。 又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)期間を御記入ください。	年 月 日から  年 月 日まで	(給与等の額:円) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <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、次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	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">年 月 日</div> <p>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す。</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名</p>
担当者氏名	電話番号