【保健所へ相談し、医療機関を受診した場合の記入例です。】

様式第2号 （附則第2条関係）

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又は保健所への相談日 ※相談した場合に記入	令和2年3月13日 （午前11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）		令和2年3月13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）		発熱の状況、倦怠感、息苦しさ、味覚・臭覚異常等の症状について具体的に記入して下さい。	
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。）	10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）	

医療機関記入用の申請書と整合性があるかを確認してください。
また、医療機関を受診していない場合は、本人から聞き取りさせていただきます。

新型コロナウイルス（疑いを含む）による療養の場合に限ります。

勤務が予定されていた日についてカウントし、勤務が予定されていなかった日は除いてください。

（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	年　月　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す。 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名		
担当者氏名		電話番号	

医療機関を受診している場合は、この欄の記入は不要です。

※今回の事例のように、医療機関を受診している場合は、この欄の記入は不要ですが、　医療機関を受診していない場合は、この欄に事業主から証明を受けて下さい。