

国民健康保険傷病手当金支給申請書 (被保険者記入用)

記入例

被保険者氏名	国保 次郎
--------	-------

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 13日 (午前11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2年 3月 13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)	令和2年3月10日、38℃以上の発熱、のどの痛みなどの自覚症状があった。 3月13日にPCR検査を受けたところ、新型コロナウイルス陽性の結果が出た。		
④療養のために休んだ期間	令和2年 3月 10日から	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
	令和2年 3月 31日まで		
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)期間をご記入ください。	年 月 日から	(給与等の額:円)	
	年 月 日まで		

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記入欄について、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 ○○県△△市○○町1丁目2番3号		
	事業所名称 国保サービス株式会社		
事業主氏名 国保 花子	(代表者印)		
担当者氏名	国保 三郎	電話番号	123-456-7890