

国民健康保険傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

2/4

被保険者氏名	国保 二郎
--------	-------

症状が出た日	令和2年〇月〇〇日	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4月13日 (午前11時頃)
①医療機関の受診状況	<input checked="" type="radio"/> 1. 受診した <input type="radio"/> 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 4 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)	<input type="radio"/> ①で「受診していない」を選択した場合は具体的な症状を記入してください。 <small>【例】37.5度以上の発熱が4日続いた後、熱が下がったが軽い息苦しさがある後も数日間続いた</small>		
③療養のために休んだ期間	令和2年4月10日から 令和2年4月27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。)	10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。	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/> ④の期間のうち、有給休暇となった期間がある場合は、その期間と金額を記入します。 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③～⑥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な		
	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名		
	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥		
担当者氏名	〇〇 〇〇	電話番号	×××-×××-××××

「帰国者・接触者相談外来」を受診していない方につきましても、こちらの欄を事業主に記入していただく必要があります。