

その2

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 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	<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                      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（具体的に）			
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。 )	7日
⑥ 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		
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  年 月 日まで	この欄は、①で「受診してい ない」と回答した場合に、事業主に 記入(証明)をしてもらう必要が あります。	

(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、事業主の証明が必要です。)

事業主記入欄	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	年 月 日  <input type="text"/>
	担当者氏名	電話番号