

附則別記様式（附則第2項関係）（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											
症状が出た日	年 月 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	年 月 日 ( 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		年 月 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）											
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。 または、今後受けられますか。	1. はい                      2. いいえ										
⑦ 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)									
	年 月 日まで	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></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、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		
	事業所名称		
	事業主氏名		印
担当者氏名	電話番号		