

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	土岐 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	
		令和 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)		令和 年 月 日	
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 <small>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。</small>	10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		
⑦⑥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。	令和 年 月 日から	給与等の額	
	令和 年 月 日まで	円	

受診した場合は記入不要

(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	令和 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