

国民健康保険傷病手当金支給申請書 (被保険者記入用)

| | | | |
|--|---|--|----------------------|
| 世帯主氏名 | 掛川一郎 | 被保険者氏名 (受給対象者) | 掛川花子 |
| 症状が出た日 | 令和2年5月3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5月4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) | 令和2年5月4日～28日 | | |
| ② 医療機関の受診日 | 令和2年6月1,5,10日 | | |
| 令和 年 月 日 | | | |
| (①で「受診していない」と回答した場合) | 上記①において、医療機関を「受診していない」と回答した場合、この欄に受診しなかった理由が必要です。 | | |
| ③ 症状や休職の状況 (期間などを具体的に) | | | |
| ④ 療養のために休んだ期間 | 令和2年5月4日から 令和2年6月10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。〕 | 22 日 |
| ⑥ 上記の療養のために休んだ期間を補填する 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。 | 1. はい 2. いいえ | | |
| ⑥で「はい」と回答した場合、その報酬 支払の対象となった(なる)期間 | 令和 年 月 日 から | 令和 年 月 日 まで | |
| ⑦ ⑥で「はい」と回答した場合、補填された (補填される)給与等の額 | | | 円 |

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主証明欄について、事業主の証明が必要です。)

| | | | | |
|---|--------|--|--|------|
| 事業主証明欄 | | | | |
| 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。 | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | |
| 事業主が記入する欄 | 事業所所在地 | 上記①において、医療機関を「受診していない」と回答した場合、この欄について、事業主の証明が必要です。 | | |
| | 事業所の名称 | | | |
| | 事業主氏名 | | | (印) |
| | 担当者氏名 | | | 電話番号 |
| 注意: 下記の理由による場合は、傷病手当金の対象となりません。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 症状がない「濃厚接触者」を休ませた場合 ・ 事業の休業を起因として、事業主の指示により労務に服さなかった場合 | | | | |