

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		被保険者氏名 (受給対象者)	
症状が出た日	令和 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	令和 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)		令和 年 月 日	
② 医療機関の受診日		令和 年 月 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 年 月 日から	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
	令和 年 月 日まで		
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		
	事業所の名称		
	事業主氏名 (印)		
	担当者氏名	電話番号	
<p>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。</p> <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 			