

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 | 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) | | | | | | | | |
| 医療機関の受診状況 | | 1. 受診した 2. 受診していない | | | | | | | | | |
| (で「受診した」と回答した場合) 医療機関の受診日 | | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | |
| | | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | |
| | | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | |
| (で「受診していない」と回答した場合) 症状(期間などを具体的に) | | | | | | | | | | | |
| 療養のため に 休んだ期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | 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 | | | | | | | | |
| 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。 | | 1. はい 2. いいえ | | | | | | | | | |
| 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 令和 年 月 日まで | (給与等の額:円) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

(上記 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 ~ 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 | |
| 担当者氏名 | 電話番号 |

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) | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |
| (「受診した」と回答した場合) 医療機関の受診日 | 令和 2 年 3 月 13 日 | | | | | | | | | | |
| | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| (「受診していない」と回答した場合) 症状(具体的に) | | | | | | | | | | | |
| 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 | 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 | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |
| 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:円) | | | | | | | | | |
| | 令和 年 月 日まで | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

(上記 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 ~ 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 |
| 担当者氏名 | 電話番号 |