

# 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<br>への相談日<br>※相談した場合に記入                                                                | 令和 年 月 日<br>( 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)<br>②医療機関の受診日         |                                                             | 令和 年 月 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)<br>③症状(期間などを具体的に) |                                                             |                                                                                                     |                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ④療養のために<br>休んだ期間                       | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで                                    | ⑤左記期間のうち、勤務ができなかった日数<br>(<br>新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり<br>感染が疑われる場合を含む)によらない休暇や<br>勤務予定がなかった日は除く。<br>) | 日                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ⑥                                      | 上記の療養のために休んだ期間に<br>給与等の支払いを受けましたか。<br>または、今後受けられますか。        | 1. はい                      2. いいえ                                                                   |                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ⑦                                      | ⑥で「はい」と回答した場合、その給<br>与等の額と、その報酬支払の対象と<br>なった(なる)期間をご記入ください。 | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで                                                                            | (給与等の額:円)<br><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④～⑦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  |                                              |      |  |
| 担当者氏名  |                                              | 電話番号 |  |