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）
①医療機関の受診状況		１．受診した　　２．受診してない	
（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	
		年　　月　　日	
		年　　月　　日	
（①で「受診していない」と回答した場合） ③症状（期間などを具体的に）			
③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	④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庄（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
⑤	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	
⑥	⑤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。	年　　月　　日から 年　　月　　日まで	（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，下記の事業主記載欄について，事業主の証明が必要です。）

事業主記入欄	年　　月　　日 上記③～⑥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