

国民健康保険

記載例②

書②(被保険者記入用)

<被保険者(申請対象者)>

被保険者氏名	伊万里 次郎	生年月日	平成 元年 1 月 23 日
--------	--------	------	----------------

<症状等の状況>

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
①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		
①で「受診した」と回答した場合) ②療養を受けた期間	令和 2 年 3 月 13 日 から 同年 3 月 31 日まで		
	令和 年 月 日 から 同年 月 日まで		
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)	風邪症状	(有・無)	具体的な症状 ()
	発熱の有無	(有・無)	(°C 日間継続)
	倦怠感	(有・無)	※上記①で「2. 受診していない」と回答した場合、こちらの項目に症状等の記載してください
	息苦しさ	(有・無)	
	その他	(有・無)	
③療養のために休んだ期間	令和 2 年 3 月 10 日から	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。)	10 日
	令和 2 年 3 月 31 日まで		
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。	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ		
⑤で「はい」と回答した場合) ⑥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)※不明の場合記載不要	
	令和 年 月 日	円	

<事業主証明> 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事業主証明を記載してください。

事業主記入欄	令和 年 月 日
	上記③～⑥の内容については、当事業所に於いて事業主証明を記載し、事業主から証明します。
	<input checked="" type="radio"/> 事業所所在地 <input type="radio"/> 事業所名称 <input type="radio"/> 事業主氏名
	※上記①で「2. 受診していない」と回答した場合、こちらの事業主証明欄へ事業主からの証明が必要となります (※)自署の場合は押印不要
担当者氏名	電話番号