

# 国民健康保険傷病手当金支給申請書②(被保険者記入用)

<被保険者(申請対象者)>

|        |  |      |          |   |   |   |
|--------|--|------|----------|---|---|---|
| 被保険者氏名 |  | 生年月日 | 昭和<br>平成 | 年 | 月 | 日 |
|--------|--|------|----------|---|---|---|

<症状等の状況>

|   |         |       |               |   |       |      |        |
|---|---------|-------|---------------|---|-------|------|--------|
| 症状が出た日  | 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  | 年     | 月    | 日      |
| 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)   | 年       | 月     | 日             | から  | 同年    | 月    | 日まで    |
| ②療養を受けた期間   | 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)<br>③症状(期間などを具体的に)                        | 風邪症状    | (有・無) | 具体的な症状<br>( ) | 発熱の有無   | (有・無) | ( °C | 日間継続 ) |
|   | 倦怠感     | (有・無) |               | 息苦しさ  | (有・無) |      |        |
|   | その他     | (有・無) | 具体的な症状<br>( ) |   |       |      |        |
| ③療養のために<br>休んだ期間  | 年       | 月     | 日から           | ④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>) | 年     | 月    | 日まで    |
| ⑤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  |       |      |        |
| (⑤で「はい」と回答した場合)<br>⑥その給与等の額と、その報酬支払の<br>対象となった(なる)期間をご記入ください。 | 年       | 月     | 日から           | (給与等の額)   | 年     | 月    | 日まで    |
|   |         |       |               |   |       |      | 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  |      |   |
|        | (※)自署の場合は押印不要                                |      |   |
| 担当者氏名  |  | 電話番号 |   |