

附則別記様式第2(附則第5項関係)

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	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	年 月 日 ( 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) ②医療機関の受診日		年 月 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	年 月 日から 年 月 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
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	(給与等の額:円)	
	年 月 日まで	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

(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

記 入 例

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3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3年3月13日 (午前11時頃)
①医療機関の受診状況	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>1. 受診した</span> <span>2. 受診していない</span> </div>		
(①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日	令和3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3年3月10日から 令和3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
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。	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>1. はい</span> <span>2. いいえ</span> </div>		
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 (給与等の額：円) <div style="display: flex; align-items: center;"> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></span> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></span> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></span> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></span> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></span> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></span> </div> 年 月 日まで		

(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	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">年 月 日</div> 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