

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	
②	(①で「受診した」と回答した場合) 医療機関の受診日	年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
③	(①で「受診していない」と回答した場合) 症状(期間などを具体的に)				
④	療養のために休んだ期間	年 月 日から	⑤	④期間のうち勤務ができなかった日数※	日
		年 月 日まで			
⑥	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			
⑦	⑥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)期間を記入 してください。	円 年 月 日から 年 月 日まで			

※ 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を除く。

上記①において「受診していない」と回答した場合は、次の事業主記入欄  
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 ⑥
担当者氏名	電話番号