

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 5 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 5 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-around;"> 1. 受診した 2. 受診していない </div>							
(①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日	<div style="text-align: center;">令和 2 年 5 月 13 日</div> <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 20px;"> 年 月 日 </div> <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 20px;"> 年 月 日 </div>							
(①で「受診していない」と回答した場合) ③症状(具体的に)								
④療養のために 休んだ期間	令和 2 年 5 月 10 日から 令和 2 年 5 月 27 日まで	⑤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。)	7 日					
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。	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 1. はい 2. いいえ </div>							
⑦ 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。	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 年 月 日から (給与等の額:円) </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 年 月 日まで <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> </div>							

(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> <p>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。</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名</p>		
担当者氏名		電話番号	