

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12日 (午前11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 ②医療	令和 2 年 3 月 12 日		
(①で「受診 ②医療	令和4年8月9日申請受付分から当面の間、医療機関受診の有無に関わらず、「③ 症状」欄に発症から療養終了までの経過を詳細に記載してください。症状がなく PCR検査等で陽性判明した場合は、検査結果が判明した日付も明記してください。		
(①で「受診していない」と回答した場合) ③症状(具体的に)	令和2年3月10日、喉の痛みと発熱あり。3月12日国保総合病院 受診、PCR検査の結果新型コロナウイルス感染症陽性判明。3月 13日に熱は下がったが、軽い喉の痛みのみ継続。保健所から3 月20日まで自宅療養の指示あり、同日まで療養。		
④療養のため に 休んだ期間	令和2年3月10日から 令和2年3月20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。)	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。	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)期間をご記入ください。	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	(給与等の額:円)	

令和4年8月9日申請受付分から当面の間、医療機関受診の有無に
関わらず、下記の事業主記載欄に事業主の証明を受けてください。

(上記①において「受診してい

事業主記入欄	令和 2 年 4 月 5 日		
	上記③～⑦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 ▲▲県●●市■町1丁目2番3号		
	事業所名称 (株)国保サービス		
事業主氏名 国保 花子			
担当者氏名	国保 三郎	電話番号	123-456-7890