

# 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<br>への相談日<br>※相談した場合に記入                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 年 月 日<br>( 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)<br>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)<br>③症状(期間などを具体的に)                           |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ③療養のために<br>休んだ期間                                                 | 年 月 日から<br><br>年 月 日まで            | ④左記期間のうち、勤務ができなかった日数<br><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>)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 日              |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ⑤<br>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 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ⑥<br>⑤で「はい」と回答した場合、その給<br>与等の額と、その報酬支払の対象と<br>なった(なる)期間をご記入ください。 | 年 月 日から<br><br>年 月 日まで            | (給与等の額:円)<br><table border="1" style="display: inline-table; 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> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> |                |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                  |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                |  |  |  |  |  |  |  |  |

(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<br>記入欄 | <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">年 月 日</div> <p>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。</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                                                                                                                                                         |