

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4年2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4年2月10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「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日	令和 4 年 2 月 10 日									
	令和 年 月 日									
	令和 年 月 日									
(①で「受診していない」と回答した場合) ③症状(具体的に)	新型コロナウイルス感染症の感染疑いのため、2/10受診。検査の結果陽性であり、肺炎の症状があり同日から入院。2/28に実施した検査で陰性となったため退院。									
③療養のために 休んだ期間	令和4年2月10日から 令和4年2月28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。	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。	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	(給与等の額:円) <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></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。)

事業主記入欄	令和 4 年 3 月 5 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	▲▲県●●市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