

新型コロナウイルス感染症

国民健康保険傷病手当金支給申請書（被保険者記入用）

組合員氏名			
症状が出た日	令和 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	令和 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	
①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日		令和 年 月 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（期間などを具体的に）			
④療養のために休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 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。)	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	
⑦⑥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

(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 年 月 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	事業所名称	事業主氏名
		(印)	
担当者氏名		電話番号	