

記入例

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	従業 花子		
症状が出た日	令和 2 年 5 月 7 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 7 日 (午前10時頃)
①医療機関の受診状況	1. <input checked="" type="radio"/> 受診した 2. <input type="radio"/> 受診していない		
②医療機関の受診日 (①で「受診した」と回答した場合)	令和 2 年 5 月 7 日		
	令和 年 月 日		
	令和 年 月 日		
③症状 (期間などを具体的に) (①で「受診していない」と回答した場合)			
④療養のために休んだ期間	令和 2 年 5 月 7 日から 令和 2 年 5 月 22 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。)	12 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. <input type="radio"/> はい 2. <input checked="" type="radio"/> 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