国民健康保険傷病手当金支給申請書（被保険者及び事業主記入用）

被保険者氏名	

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		□ 受診した　　□ 受診していない	
②	（①で「受診した」と回答した場合） 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） 症状について記載（期間などを具体的に）		
③ 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	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。）	日
⑤ ③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。		□ はい　　□ いいえ	
（⑤で「はい」と回答した場合）			
⑥ 給与等の支払期間及び給与等の額	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで	（給与等の額：円） □□□□□□□	

（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②～⑥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 事業所名称 事業主氏名　　㊞		
担当者氏名		電話番号	