


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10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10月11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 (医療機関名: ○○病院)		
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 10 月 11 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)	令和4年9月7日以降 基本的に発症日を0日とし、7日間とされてお ります。		
④療養のために 休んだ期間	令和4年10月10日から 令和4年10月17日まで	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。)	5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) □□□□□□□□	

事業主記入欄	令和 4 年 10 月 30 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■町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 太郎 		
担当者氏名	国保 花子	電話番号	123-456-7890