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	

症状が出た日	年　月　日	発熱相談センターへの相談日 ※相談した場合に記入	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 （医療機関名：　）	
（①で「受診した」と回答した場合） ②医療機関の受診日		年　月　日 年　月　日 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	年　月　日から 年　月　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。）	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）期間を記入してください。	年　月　日から 年　月　日まで	（給与等の額：円） □□□□□□□

事業主記入欄			
	年　月　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 事業所名称 事業主氏名　㊞		
担当者氏名		電話番号	