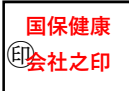


国民健康保険傷病手当金支給申請書 (被保険者記入用)

被保険者氏名	国保 二郎
--------	-------

症状が出た日	令和2年3月8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3月10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		
(①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日	令和 2 年 3 月 1 0 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)	年 月 日		
③療養のために休んだ期間	令和2年3月10日から 令和2年3月24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。 〕	7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。	年 月 日から (給与等の額: 円) 年 月 日まで		

(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 2 年 5 月 10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	〇〇県△△市□□町3丁目2番1号	
	事業所名称	国保健康会社	
事業主氏名	健康 太郎		
担当者氏名	健康 花子	電話番号	023-4567-8901