

# 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2年3月13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 13 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)	発熱(38℃以上)と喉の痛みがあり、咳が止まらない。		
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27日まで	④左記期間のうち、勤務ができなかった日数 <small>(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。)</small>	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。	令和    年    月    日から	(給与等の額:円)	
	令和    年    月    日まで	□□□□□□□□	

医療機関で検査を受け、自宅療養や宿泊療養となった場合もお書きください。現在の感染拡大状況を考慮し、当面臨時的な取扱いとして4の医療機関記入用の申請書は提出不要となったため医療機関を受診し治療を受けた場合もご記入ください。

現在の感染拡大状況を考慮し、当面臨時的な取扱いとして4の医療機関記入用の申請書は提出は不要ですが、かわりに事業主の証明が必要です。

(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 4 月 5 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 花子		
担当者氏名	国保 三郎	電話番号	123-456-7890