

国民健康保険傷病手当金支給申請書 (被保険者記入用)

(表面)

捺印

被保険者氏名	
--------	--

症状が出た日	令和 年 月 日	相談日 (相談した 場合)	帰国者・接触者相談 センター	令和 年 月 日 (時頃)									
			医療機関	令和 年 月 日 (時頃)									
医療機関の受診状況	1 受診した		2 受診していない (裏面により事業主の証明が必要となります。)										
(「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												
(「受診していない」と回答した場合) 症状(期間などを具体的に)													
療養のために 休んだ期間	令和 年 月 日から	左記期間のうち、勤務ができなかった日数		日									
	令和 年 月 日まで	(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。)による休暇で勤務 の予定があった場合に限る。)											
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、今後受けられますか。	1 はい 2 いいえ												
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	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											
他の法令によりこの 傷病手当金に 相当する給付を受 けた(受ける)場 合はその内容 (当該給付に関す る決定通知書等 の内容がわかる 書類の写しを添付 してください。)	給付の名称	令和 年 月 日から	(給付の額:円)										
		令和 年 月 日まで	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> (根拠法)										
	給付の名称	令和 年 月 日から	(給付の額:円)										
		令和 年 月 日まで	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> (根拠法)										
給付の名称	令和 年 月 日から	(給付の額:円)											
	令和 年 月 日まで	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> (根拠法)											

(表面 において「受診していない」と回答した場合は、 ~ の事業主記載欄について、裏面により事業主の証明が必要です。)

(裏面)

事業主記入欄	令和 年 月 日		
	表面 ~ の記載内容については、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	