

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)

被保険者氏名 流山 一郎		同じ印鑑を押印してください。		捨印	
医療機関記入用との整合があるかを確認してください。		令和 年 月 日		令和 年 月 日	
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)	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。)	
医療機関記入用との整合があるかを確認してください。 (「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	
(「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)		発熱の状況、倦怠感、息苦しさ、味覚・臭覚異常等の症状について、具体的に記入してください (事業主記入用の記)			
療養に休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	左記期間のうち、勤務ができなかった日数		日	
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		勤務が予定されていた日についてカウントし、勤務が予定されていない日は除いてください。	
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		今後支払われる予定のものも含まれます。複数月にわたる場合は、別葉 (任意様式で可) にて各月の金額が分かるものを併せて御提出ください。	
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 休業補償給付	令和 年 月 日から 日 日まで	今後支払われる予定のものも含まれます。	決定通知等によりわかる場合に記入	
	給付の名称 傷病手当金の継続支給	令和 年 月 日から 日 日まで	今後支払われる予定のものも含まれます。	決定通知等によりわかる場合に記入	
	給付の名称	令和 年 月 日から 日 日まで	今後支払われる予定のものも含まれます。	決定通知等によりわかる場合に記入	

(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	個人事業主の場合は個人の印、法人である場合は代表取締役印（権限が委任されている場合はその受任者の印を押印してください）	
	事業所名称		
事業主氏名			
担当者氏名		電話番号	