

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		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 1. 受診した 2. 受診していない </div>																
(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																
(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)		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">年</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">月</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">日</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">年</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">月</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">日</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>		年	月	日		年	月	日								
年	月	日																
年	月	日																
④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	⑤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															
⑥ 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。	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 1. はい 2. いいえ </div>																	
⑦ ⑥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。	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">年</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">月</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">日から</td> <td style="width: 25%; text-align: right;">(給与等の額:円)</td> </tr> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">年</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">月</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">日まで</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>			年	月	日から	(給与等の額:円)	年	月	日まで	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>							
年	月	日から	(給与等の額:円)															
年	月	日まで	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>															

(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	年 月 日		
上記④～⑦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 ⑩			
担当者氏名		電話番号	