

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)											
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 (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。	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>									
事業主記入欄	令和 年 月 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										
事業所名称											
事業主氏名			印								
担当者氏名			電話番号								

※令和4年8月9日以降の申請については、当面の間、「様式2傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)」において事業主から証明がある場合は、「様式4傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)」の提出は必要ありません。