

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			
症状が出た日	令和 年 月 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 年 月 日 (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 年 月 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(期間などを具体的に)			
③療養のために休んだ期間	令和 年 月 日から	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。)	日
	令和 年 月 日まで		
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 令和 年 月 日まで	(給与等の額:円) □ □ □ □ □ □ □ □
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			⑨
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。