

# 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		被保険者証 記号・番号	85-      -
--------	--	----------------	------------

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、その支払の対象となる (なった)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" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <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	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 <span style="float: right;">⑦</span>
担当者氏名	電話番号

**記入例（被保険者記入用）**  
**※みどり色の部分は全て記入してください**

**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 一郎	被保険者証 記号・番号	85 - -
症状が出た日	令和2年3月10日 <b>(※必ず記入してください)</b>	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 10 日 ( AM11 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 10 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)			
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 31 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。	10 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。	1. はい      2. いいえ		
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。	令和      年      月      日から 令和      年      月      日まで	(給与等の額:円)	<input type="text"/>

該当が無ければ記入は不要です。

医療機関への受診がある場合は、「医療機関記入用」を別途提出する必要があります。

具体的に記入してください。

⑥で「はい」と回答した方は必ずご記入ください。

(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	令和 2 年 5 月 7 日		
	上記③～⑦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	〇〇区〇〇1丁目2番3号	
	事業所名称	株式会社 ◎★薬局	
事業主氏名	国保 二郎		
担当者氏名	入谷 花子	電話番号	03-〇〇〇〇-□□□□

**【事例】**  
 ● 3月10日初診、同日から3月31日まで入院。  
 ● 3月の勤務予定日数は、3月10日から3月27日までの間に10日間。