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 令和　年　月　日まで	（給与等の額：円） □□□□□□□

帰国者・接触者外来を受診していない場合（かかりつけ医等を受診の場合）は、下記の事業主記入欄に証明が必要です。

事業主記入欄	令和　2　年　4　月　5　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　▲▲県●●市■■町1丁目2番3号 事業所名称　㈱国保サービス 事業主氏名　国保　花子　㊞		
担当者氏名	国保　三郎	電話番号	１２３－４５６－７８９０