様式第２号（第２条関係）

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 | | 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 | | 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 | | | | | 年 　 月 　 日 | | | |
| 年 　 月 　 日 | | | |
| 年 　 月 　 日 | | | |
| （① で「受診していない」と回答した場合）  ③症状（機関などを具体的に） | | | | |  | | | |
| ② 療養のために休んだ期間 | | | 年 月 日から | | ③ 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 |
| 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。 | | | 年 月 日から | | （給与等の額：円）   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  | | | |
| 年 月 日まで | |

（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 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | |
| 担当者氏名 | |  | 電話番号 |  |