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  |   |