新型コロナウイルス感染症に係る

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 | | |
| 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　　　年　　　月　　　日から  令和　　　年　　　月　　　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＞ | | 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）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | |

（事業主の証明が必要となりました。）（Ｒ4.9～）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業主記入欄 | 令和　　　年　　　　　月　　　　　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  事業所名称  事業主氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | |
| 担当者氏名 |  | 電話番号 |  |