

記入例

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	高崎 花子
--------	-------

症状が出た日	令和4年12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									
①医療機関の受診状況	<input checked="" type="radio"/> 1. 受診した <input type="radio"/> 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 4 年 12 月 13 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(具体的に)											
④療養のために休んだ期間	令和4年12月10日から 令和4年12月27日まで	⑤左記期間のうち、勤務ができなかった日数  <small>(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を除く。)</small>	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。	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 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。	年    月    日から	(給与等の額:円)									
	年    月    日まで	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></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、下記の事業主記入欄について、事業主の証明が必要です。)

事業主記入欄	年    月    日
	上記④～⑦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