附則様式第１号その２（附則第４項関係）

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（期間などを具体的に）			
④療養のために休んだ期間	年　月　日から 年　月　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	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	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 年　月　日まで	（給与等の額） 円

（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	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　名　　㊞

担当者氏名		電話番号	