

別記様式第1号その2（第8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	⑧	
担当者氏名		電話番号	