

# 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	国保 二郎
--------	-------

症状が出た日	令和 3 年 4 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	令和 年 月 日 ( 時頃)
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 3 年 4 月 10 日		
	令和 年 月 日		
	令和 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)	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">           ①で「受診していない」と回答した場合は、記入してください。         </div>		
③療養のために 休んだ期間	令和 3 年 4 月 10 日から 令和 3 年 4 月 27 日まで	④左記期間のうち、勤務ができなかった日数  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">           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。         </div>	10 日
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。	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ		
⑥⑤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) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

(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	令和 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	<input type="text"/>
担当者氏名	電話番号

①で「受診していない」と回答した場合は、事業主の証明が必要です。  
 ※支給申請書(医療機関記入用)は不要です。