

様式第2

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	受診・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								
(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	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。 又は、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つた (なる) 期間を御記入ください。	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (給与等の額：円)	<table border="1"> <tr> <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

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。