

# 付表1 国民健康保険傷病手当金支給申請(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 2年 3月 18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2年3月18日 ( 9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 2年 3月 18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	令和 2年 3月 18日から	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。 )	9日
	令和 2年 3月 31日まで		
⑥	上記の療養のために休んだ期間に 給与等の支払を受けましたか。 または、今後受けられますか。	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)期間を御記入ください。	年 月 日から	(給与等の額:円)
		年 月 日まで	<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	年 月 日
	上記③～⑦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
	印
担当者氏名	電話番号