

国民健康保険傷病手当金支給申請書 (被保険者記入) 記入例

被保険者氏名	保険 二郎
--------	-------

※この用紙は、支給対象者ごとに1枚必要です。

症状が出た日	令和4年3月9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4年3月10日 (午前11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 ※別紙「国民健康保険傷病手当金支給申請書 (医療機関記入用)」を添付してください	令和 4 年 3 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(具体的に)			
③療養のために 休んだ期間	令和4年3月9日から 令和4年3月26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)によらない休暇や	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		
⑥ 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。	令和 年 月 日から	(給与等の額:円)	
	令和 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"/>	

(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	高知市長様	令和 4 年 4 月 5 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	▲▲県●●市■町1丁目2番3号
	事業所名称	(株)高知サービス
	事業主氏名	高知 花子
担当者氏名		電話番号