

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	
--------	--

※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 年 月 日	新型コロナウイルス健康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	
③症状(発症日, 療養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。 または、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) □□□□□□□□	

(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 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	
担当者氏名		電話番号