

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9月8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4年9月8日 (午後8時頃)								
①医療機関の受診状況	1. <input checked="" type="radio"/> 受診した 2. <input type="radio"/> 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 4 年 9 月 9 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)	9月8日の夜から喉の痛み・発熱があり翌日9日から仕事を休み、医療機関を受診した。その後医療機関から指示を受けた9月15日まで自宅で療養し、16日から仕事へ復帰した。										
④療養のために休んだ期間	令和4年9月9日から 令和4年9月15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。)	4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. <input type="radio"/> はい 2. <input checked="" type="radio"/> いいえ										
⑦⑥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	<table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									

(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 9 月 25 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	▲▲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	高知 三郎	電話番号	123-456-7890