

記入例

国民健康保険傷病手当金支給申請書②(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4年3月10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13日 (午前11時頃)						
①医療機関の受診状況	1. <u>受診した</u> 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 4 年 3 月 13 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)									
④療養のために 休んだ期間	令和4年3月10日から 令和4年3月27日まで	⑤左記期間のうち、勤務ができなかった日数 <small>(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。)</small>	11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. <u>いいえ</u>								
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)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						

該当しない場合は記入不要です。

医療機関を受診した場合は、「医療機関記入用④」の申請書の提出が必要です。

・発熱(〇℃〇日間)
・咳
・強い倦怠感
など、具体的に症状を記入してください。

(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 〇 年 〇 月 〇 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	北茨城市〇〇町〇〇番地	
	事業所名称	(株)〇〇産業	
	事業主氏名	北茨 太郎	(署)※ ※事業主が署名できない場合は、記名押印してください。
担当者氏名	北茨 花子	電話番号	0293-△△-△△△△

上記①で「2. 受診していない」と回答した場合は、必ず事業主に署名いただいたうえで提出してください。事業主が署名できない場合は記名(ゴム印等可)と社判等を押印してください。