

# 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	丹波 一郎
--------	-------

症状が出た日	令和2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2年3月13日 (午前11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 2 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)											
③療養のために休んだ期間	令和2年3月10日から 令和2年3月27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)	7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。	1. はい      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	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									

(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    年    月    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      丹波市氷上町成松1番地		
	事業所名称      株式会社 丹波		
事業主氏名      代表取締役 丹波 花子    ㊞			
担当者氏名	丹波 次郎	電話番号	0000-11-2222