

記入例

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	荒川 太郎
--------	-------

症状が出た日	令和 2年 4月 27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 4月 27日 (10 時頃)							
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									
(で「受診した」と回答した場合) 医療機関の受診日	令和 2年 4月 28日									
	年 月 日									
	年 月 日									
(で「受診していない」と回答した場合) 症状(期間などを具体的に)										
療養のために 休んだ期間	令和 2年 4月 28日から 令和 2年 5月 15日まで	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。	18日							
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 checked="" type="radio"/> 1. はい <input type="radio"/> 2. いいえ									
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)期間を御記入ください。	令和 2年 4月 1日から 令和 2年 4月 30日まで	(給与等の額:円)	<table border="1"> <tr> <td></td><td>1</td><td>4</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> </table>		1	4	0	0	0	0
	1	4	0	0	0	0				
(上記 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	上記 ~ 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								

臨時的な取扱いとして、国民健康保険傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）の作成を省略する場合「療養のために休んだ期間について」の証明として、事業主記入欄に証明をもらってください。