

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	国保 二郎
--------	-------

症状が出た日	令和4年9月7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 年 月 日 (午前 時頃)
--------	----------	--------------------------------------	---------------------

①医療機関の受診状況	<p>・ 00日～00日 発熱、呼吸苦、咳、鼻水、強いだるさ、倦怠感、のどの痛みなどの風邪症状。</p> <p>・ 00日 (00病院・00検査センター・抗原検査キット) にて検査。</p> <p>・ 00日まで自宅療養。</p> <p>※療養期間：発症日の翌日から7日。症状軽快後24h。 (無症状→検査日の翌日から5日目陰性で解除可能)</p>
(①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日	
(①で「受診していない」と回答した場合) ③症状(具体的に)期間も記入	

③療養のために 休んだ期間	令和4年9月7日から 令和4年9月14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)によらない休暇や勤務予定がなかった日は除く。)	4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。	<p>※ 医療機関記入用の様式が無い場合、下記に必ず、事業主から証明が必要です。③～⑥未記入状態での証明は無効です。</p> <p>※ R4.9/26～発生届の対象者変更。対象外の方は自身で陽性者登録。保健所からの連絡なし。療養終了後も発熱や息苦しさがある場合は保健所に連絡の上、療養継続。</p>	<p>※左記の療養期間のうち、勤務を予定していた日のみ記入(初日から3日間はマイナス)</p>
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。		

(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。)
 ※医療機関記入用の様式4の添付がない場合も必ず事業主の証明をお願いします。
 ※上記③～⑥を記入の上、事業主において把握している内容と相違ないことを確認してください。

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
	事業所名称
	事業主氏名

担当者氏名	電話番号
-------	------