

様式第3号の2 (第6条関係)

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	
--------	--

症状が出た日	令和 年 月 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 (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 年 月 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 (期間などを具体的に)			
③療養のために 休んだ期間	令和 年 月 日 から	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。)	日
	令和 年 月 日 まで		
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	<input type="text"/>

(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		
	事業所名称		
	事業主氏名	Ⓜ	
担当者氏名		電話番号	