

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	国保 二郎
--------	-------

症状が出た日	令和 4 年 9 月 8 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	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 4 年 9 月 8 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 4 年 9 月 8 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。〕	5 日							
	令和 4 年 9 月 15 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	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>								

(上記④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 4 年 10 月 1 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	▲▲県●●市■■■町2丁目3番地	
	事業所名称	(株)○○サービス	
事業主氏名	健康 花子	⑥	健康
担当者氏名	健康 日向子	電話番号	123-456-7890

医療機関記入用申請書の代わりに、必ず事業主の証明が必要です。