

様式第2号(第2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  令和    年        月        日まで	(給与等の額:円) <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </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		
	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	