

# 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	発熱等受診・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 令和 年 月 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。 )	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	(給与等の額:円)									
	令和 年 月 日まで	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>									

(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	<p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>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。</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名 <span style="float: right;">⑥</span></p>		
担当者氏名		電話番号	

## 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3年3月10日	発熱等受診・相談センター への相談日 ※相談した場合に記入	令和3年3月13日 (午前11時頃)										
①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												
(①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日	令和 3 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3年3月10日から  令和3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  <small>(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。)</small>	10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。	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 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" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>													

(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③～⑥の 事業所所  事業所名称	<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; background-color: #e0f0ff; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;"><b>【事業主記入欄について】</b></p> <p style="margin: 0;">臨時的な取り扱いにより、医師の診断書を不要とする代わりに、事業主の証明が必要となっております。</p> <p style="margin: 0;">病院受診の有無に関わらず、必ず事業主に記入依頼をして下さい。</p> </div> <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; background-color: #e0f0ff; padding: 10px;"> <p style="margin: 0;">※必要に応じて、兵庫県や保健所等から発行された「療養証明書」、厚生労働省が運用するMy HER-SYSからプリントアウトした「療養証明書」等の写しを提出いただく場合があります。</p> </div>
担当者氏名		