

記入例

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 次郎
--------	-------

症状が出た日	令和 3 年 4 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 年 月 日 (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 4 月 10 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)	令和 <input type="text"/> ①で「受診していない」と回答した場合は、記入してください。								
	元々休みの日は含まないでください。								
③療養のために休んだ期間	令和 3 年 4 月 10 日から 令和 3 年 4 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)によらない休暇や勤務予定がなかった日は除く。)	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								
⑥⑤で「はい」と回答した場合、その(なる)期間を	④で「受診した」と回答した場合は、事業主記入欄は不要です。支給申請書(医療機関記入用)を用意してください。 「受診していない」と回答した場合は、事業主記入欄の記入・押印が必要です。 (上記①において、臨時적인取り扱いとして、受診の有無に関わらず支給申請書(医療機関記入用)を不要とし、 事業主の記入・押印が必要 となりました。	日から	(給与等の額:円) <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
事業主記入欄	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 苫小牧市旭町4丁目5番6号 事業所名称 株式会社 苫小牧 事業主氏名 苫小牧 三郎								
担当者氏名	苫小牧 花子	電話番号	令和 3 年 5 月 1 日 0144-32-6111						