

## ②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	八幡 二郎
--------	-------

症状が出た日	令和4年8月1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									
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 8 月 1 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4年8月1日から  令和4年8月10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。)	8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></tr></table>								

(医療機関等の証明がない場合は、下記の事業主欄について、事業主の証明が必要です。)



事業主記入欄	令和 4 年 9 月 30 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	▲▲府●●市■町1丁目2番3号	
	事業所名称	(株)国保サービス	
事業主氏名	国保 花子		
担当者氏名	国保 三郎	電話番号	123-456-7890