

# 国民健康保険傷病手当金支給申請書 (対象者記入用)

被保険者氏名	国保 二郎	対象者電話番号 (日中連絡先)	***-****-****
--------	-------	--------------------	---------------

症状が出た日	令和4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4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 4 年 3 月 10 日									
		令和    年    月    日									
		令和    年    月    日									
③症状(期間などを具体的に)		新型コロナ感染症の感染の疑いのため、3/10受診。 検査の結果陽性であり、肺炎の症状がみられたため同日 から入院。2週間程度で症状の改善が見られ、3/27に実 施した検査において陰性となったため退院。									
④療養のため に 休んだ期間	令和4年3月10日から  令和4年3月27日まで	⑤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。    )	7日								
⑥	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 <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ									
⑦	⑥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="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								

事業主記入欄	令和 4 年 4 月 5 日		
	上記③～⑦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 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">国保</span>			
担当者氏名	国保 三郎	電話番号	123-456-7890