

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 | 年 月 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 | 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 | 年 月 日 | | |
| | 年 月 日 | | |
| | 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 | 年 月 日から 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。 | 年 月 日から 年 月 日まで | (給与等の額：円) □ □ □ □ □ □ □ □ | |

（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 | 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す。 | | |
| | 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 | |

- 【注】
- ・事業主証明内容の確認のため、山形市から勤務先に連絡させていただく場合がありますので、担当者氏名及び電話番号は必ずご記入下さい。
 - ・申請者が、事業所名が記載されている証明書類（電子データ含む）を無断で作成または改変を行った場合、刑法上の罪に問われる可能性があります。