

附則第2号様式（附則第2項関係）

# 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2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2年 3月13日 (午前11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2年 3月13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	令和2年 3月10日から 令和2年 3月26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。	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	(給与等の額：円)	
	年 月 日まで		

（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	⑥	
担当者氏名		電話番号	