

新型コロナウイルス感染症に係る 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 | |
|--------|--|

| | | | | |
|--------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| ① 症状等 | 症状が出た日 | 令和 年 月 日 | 検査の状況 | 1. PCR 2. 抗原キット 3. 検査なし |
| | | | 検査結果 | 1. 陽性 2. 陰性 |
| | 症状の有無 | 1. あり 2. なし | | |
| | 症状 | ・日別・症状・程度など具体的に。 ・療養証明書や医療機関の証明書がない場合は必須 ・後遺症は対象外 <p style="text-align: right;">(裏面も記入可)</p> | | |
| ② 受診状況 | 医療機関を | 1. 受診した 2. 受診していない | 受診日 | 令和 年 月 日 |
| | 医療機関名称 | ※長期の療養の場合、医療機関の証明等の提出を後日お願いする場合があります。 | | |
| ③ 療養期間 | 療養のために休んだ期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | 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 |
| | | | 左記期間のうち有給取得日(列挙してください) | |
| ④ | 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 | | |
| ⑤ | ④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) □ □ □ □ □ □ □ □ | |

(療養証明書や医療機関の証明がない場合は、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 | 令和 年 月 日 | | |
| | 上記の内容については、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 | ⑩ | |
| | 代表者印が必要です。御協力をお願いします。 | | |
| 担当者氏名 | | 電話番号 | |