

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)

《記載例》

被保険者氏名		国保 二郎	
① 症状等	症状が出た日	令和 4 年 8 月 4 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	(文章による記入例) 8月4日発熱38.7℃, 喉少し痛む。8月5日発熱39℃, 喉とても痛む, 8月6日 …… (裏面も記入可)	
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 4 年 8 月 6 日
	医療機関名称	〇〇〇病院 ※長期の療養の場合、医療機関の証明等の提出を後日願います。	
③ 療養期間	療養のために休んだ期間	令和 4 年 8 月 4 日から 令和 4 年 8 月 12 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。 左記期間のうち有給取得日(列挙してください) 8月4日,8月12日 6 日
	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 4 年 8 月 4 日から 令和 4 年 8 月 12 日まで	(給与等の額:円) 2 0 0 0 0

(表による症状の記入例)

日付	8/4	8/5	8/6	…
体温	38.7	39.0	38.4	…
喉痛	少し	酷い	酷い	…
頭痛	なし	なし	酷い	…
倦怠感	なし	なし	なし	…
咳	なし	なし	なし	…
…	…	…	…	…

有給休暇を取得していない場合は、「なし」と記入してください。

【③～⑤の補足】
有給取得日は、支給の対象外になります。また、療養期間中に給与等や休業手当等があるときは、支給額を算出後に控除します。

(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 4 年 8 月 30 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	▲▲県●●市■町1丁目2番3号	
	事業所名称	(株)柏市国保サービス	
	事業主氏名	代表取締役 保保 花子	
担当者氏名	柏 三郎	電話番号	123-456-7890

【事業主記入欄】
療養証明書や医療機関の証明が添付できない場合は、①症状を詳しく記入したうえで、この欄に、事業主に証明をもらってください。

この記載例は、次のような事例を想定しています。

- ・症状が出た日…令和4年8月4日
- ・自宅療養期間…令和4年8月4日から同月12日まで
- ・8月4日から8月12日のうち、もともと勤務すべきであった日は、8月の4日～5日, 8日～10日, 12日であったが、このうち8月4日,8月12日は有給休暇を取得していた。
- ・自宅療養のため勤務できなかった日について、有給以外の給与等の支払いはない。
- ・給与の種類は日給月給
- ・給与の締日は月末

- (1) 発熱等の風邪のような症状があつて、休暇を取得して療養中に、検査により陰性であると判明した場合は、判明した日の翌日から対象外となります。
- (2) 「症状のない濃厚接触者」の方は、検査を受けて陽性と判明した場合のみ対象となります。その場合、検体採取日が療養した期間の初日となります。