

第2号様式(第3条関係)

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	世田 花子
--------	-------

症状が出た日	令和2年 4 月 4 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 4 月 7 日 (午前 9 時頃)									
医療機関の受診状況	<input checked="" type="radio"/> 1. 受診した 2. 受診していない											
(「受診した」と回答した場合) 医療機関の受診日	令和2年 4 月 7 日											
	年 月 日											
	年 月 日											
(「受診していない」と回答した場合) 症状とその療養のために休んだ期間	(具体的な症状)											
	(期間)	年 月 日から	年 月 日まで									
上記期間のうち、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	医療機関受診の有無にかかわらず⑤・⑥についてはご記入ください。↓										
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。又は、今後受けられますか。	1. はい 2. いいえ											
(「はい」と回答した場合) その給与等支払の対象となった(なる)期間と、その額をご記入ください。	年 月 日から	(給与等の額:円)										
	年 月 日まで	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										

(上記において「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 ~ 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	この欄は、上記内容に相違のないことを事業主は証明してください。医療機関を受診していない場合は必須です。医療機関を受診している場合でも⑤・⑥の内容に相違がないことを事業主が証明してください。
担当者氏名	電話番号