

## 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 3 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3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 3 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 3 年 3 月 10 日から  令和 3 年 3 月 27 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。)	7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。)(※注)  
※注：当面の間の臨時的な取扱いとして、医療機関を受診された場合において傷病手当金支給申請書(医療機関記入用(様式第21号の4))の提出を不要とします。この場合、医療機関受診の有無に関わらず、事業主の証明が必要となります。

事業主記入欄	令和 3 年 4 月 5 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	▲▲県●●市■町1丁目2番3号	
	事業所名称	(株)国保サービス	
	事業主氏名	国保 花子	
担当者氏名	国保 三郎	電話番号	123-456-7890