


国民健康保険傷病手当金支給申請書兼請求書(被保険者記入用)

対象被保険者氏名	国保 二郎
----------	--------------

症状が出た日	令和 4 年 8 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 4 年 8 月 10 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 4 年 8 月 10 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)	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> 令和4年8月9日以降、当面の間、臨時的な取扱いとして、被保険者の医療機関の受診有無に関わらず、事業主記入欄に事業主の証明が必要です。 </div>		
④療養のために休んだ期間			
⑥ 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		
⑦ ⑥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	

(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	令和 4 年 9 月 3 日		
	上記③～⑦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	河内長野市〇×町3丁目5-6	
	事業所名称	株式会社 河内長野〇×未来物流	
事業主氏名	事業 主造		
押印ください。スタンプ式(シャチハタ等)はご遠慮ください。			
			
担当者氏名	長野 花子	電話番号	456-123-7890