

付表1

## 国民健康保険新型コロナウイルス感染症に係る 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 一郎 |
|--------|-------|

|   |   |   |                       |  |  |  |  |
|---|---|---|-----------------------|--|--|--|--|
| 症状が出た日  | 令和2年3月10日   | 帰国者・接触者相談センターへの相談日<br>※相談した場合に記入  | 令和2年3月13日<br>(午前11時頃) |  |  |  |  |
| ①医療機関の受診状況  |   | <input checked="" type="radio"/> 1. 受診した <input type="radio"/> 2. 受診していない                           |                       |  |  |  |  |
| (①で「受診した」と回答した場合)<br>②医療機関の受診日                        |   | 令和2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)<br>③症状(期間などを具体的に)                |   |   |                       |  |  |  |  |
| ④療養のために休んだ期間  | 令和2年3月10日から<br>令和2年3月27日まで  | ⑤左記期間のうち、勤務ができなかった日数<br><small>(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。)</small> | 10日                   |  |  |  |  |
| ⑥ 上記の療養のために休んだ期間に<br>給与等の支払を受けましたか。<br>または、今後受けられますか。 | <input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ   |   |                       |  |  |  |  |
| ⑦ ⑥で「はい」と回答した場合、その給与等の額と、その支払の対象となった(なる)期間をご記入ください。   | 年      月      日から      (給与等の額:円)<br>年      月      日まで <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 100px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table> |   |                       |  |  |  |  |
|   |   |   |                       |  |  |  |  |

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記入欄について、事業主の証明が必要です。)

|        |   |
|--------|---|
| 事業主記入欄 | <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">年      月      日</div> <p>上記④～⑦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。</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名 <span style="float: right;">㊞</span></p> |
| 担当者氏名  | 電話番号  |