

# 国民健康保険傷病手当金支給申請書(世帯主記入用)

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号番号	世帯主氏名	
	(フリガナ)		
	氏 名	生年月日	年 月 日
	住 所		
症状が出た日	令和 年 月 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 ( 年 月 日 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 年 月 日	
		令和 年 月 日	
		令和 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 年 月 日から 令和 年 月 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。)	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 年 月 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
	事業所名称
	事業主氏名

担当者氏名	電話番号
-------	------

上記のとおり申請します。

年 月 日

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
(世帯主) 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
電話番号 \_\_\_\_\_

常陸太田市長 殿