

国民健康保険傷病手当金支給申請書 (被保険者記入用)

記入例

相談していなければ記入は不要です。

被保険者氏名	国保 二郎		
症状が出た日	令和2年3月10日 (※必ず記入してください)	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 2 年 3 月 13 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 (具体的に)			
③療養のために休んだ期間	令和2年3月10日から 令和2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		
⑥⑤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	(給与等の額:円)	
	令和 年 月 日まで	□□□□□□□□	

PCR検査を受けていない場合、医療機関を受診していても、「受診していない」となります。ただし、新型コロナウイルス感染症の疑いがないとそもそも診断された場合は、支給の対象とはなりません。「受診した」(PCR検査を受けた)場合、申請書「④医療機関記入用」の別途提出が必要です。

下記(※)を参考に、具体的に記入してください。

(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 2 年 4 月 15 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

医療機関を受診していない(PCR検査を受けていない)場合、必ず事業主に記入欄に記入・押印していただいた上で提出してください。

事業主の印鑑(認め印)を押印します。

※症状の具体例(参考)

- ・37.5℃以上の発熱が4日以上続いている
- ・息苦しさ(呼吸困難)、強いだるさ(倦怠感)、高熱等の強い症状がある
- ・高齢者や基礎疾患等のある方は、発熱や咳など風邪の症状が続く