様式第５６号

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 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 症状が出た日 | 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 | 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 | 年　　　　　月　　　　　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) |  |
| ④療養のために休んだ期間 | 年　　月　　日から年　　月　　日まで | ⑤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 |
| 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。 | 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。)

|  |  |
| --- | --- |
| 事業主記入欄 | 年　　　月　　　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。事業所所在地事業所名事業主氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 担当者名 |  | 電話番号 |  |