

様式第1号の2 記入例

様式第1号の2

国民健康保険傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

①

被保険者氏名	国東 花子	①は新型コロナウイルスに感染又は、感染の疑いにより就業できなかった方の氏名をご記入ください
--------	-------	---

② 症状が出た日	令和 4 年 6 月 26 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		<input checked="" type="radio"/> 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 6 月 27 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 4 年 6 月 27 日から 令和 4 年 7 月 5 日まで	④左記期間のうち、勤務ができなかった日数 <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>	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。	<input checked="" type="radio"/> 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 4 年 6 月 27 日から	(給与等の額:円)								
	令和 4 年 6 月 27 日まで	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td> </tr> </table>				1	0	0	0	0
		1	0	0	0	0				

② 新型コロナウイルス感染症の症状が出た日や医療機関の受診状況、療養のために仕事を休んだ状況についてご記入ください

(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。)

③	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">令和 年 月 日</div> <p>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。</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名 (印)</p>
担当者氏名	電話番号

③ 医療機関を受診していません。事業主の証明が必要です。