

湯河原町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		被保険者証 記号番号	
--------	--	---------------	--

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
②医療機関の受診日 (①で「受診した」と回答した場合)	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
③症状（期間などを具体的に） (①で「受診していない」と回答した場合)	
④療養のために休んだ期間	年 月 日 から
	年 月 日 まで
⑤上記の期間のうち、勤務が出来なかった日数 ※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。又は、今後受けられますか。	1 はい 2 いいえ
⑦⑥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 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、次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	年 月 日
	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。 事業所の所在地 事業所の名称 事業主の氏名
担当者氏名	電話番号

㊞