

**記入例②**

① 医療機関を「受診した」場合は、担当医師に、「調布市国民健康保険傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)」の記入を依頼してください。

医療機関を「受診していない」場合は、事業主に、下記の『事業主記入欄』の記入を依頼してください。

② 書ききれない場合は、余白にご記入ください。

③ 医療機関を受診していない場合は、症状や期間等を具体的に記入してください。

〈例〉  
令和X年3月10日に、37.5℃の発熱。強い倦怠感と風邪の症状が3日間続いた。4日目には熱が36.8℃まで下がるが、倦怠感と風邪の症状はその後3日間続いた。

④ 療養のために休んだ期間(新型コロナウイルス感染症に感染し、又は発熱等の症状があり感染が疑われることにより、労務に服することができなかった期間)をご記入ください。  
※就労予定ではない日、公休日(土日祝日)も含めてご記入ください。

⑤ ④の療養のために休んだ期間のうち、就労予定日だったが療養のため仕事を休んだ日数をご記入ください。

⑥ 療養のために休んだ期間に給与等が支払われるかどうか分からない場合は、事業主にご確認ください。

⑦ 療養のために休んだ期間に給与等が支払われる場合はご記入ください。給与等の金額や期間が分からない場合は、事業主にご確認ください。なお、支給される給与等の額が、傷病手当金として算定される金額より多い場合は、傷病手当金は支給されません。ただし、給与等の額が傷病手当金として算定される金額より少ない場合は、傷病手当金と給与等との差額が支給されます。

⑧ 医療機関を受診していない場合は、事業主に記入を依頼してください。

調布市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		国保 二郎	
症状が出た日	令和 X 年 3 月 10 日	帰国者・接触者相談センターへの相談日 ※相談した場合にご記入ください	令和 X 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
2	【①で「受診した」と回答した場合】 医療機関の受診日	令和 X 年 3 月 13 日	令和 年 月 日 令和 年 月 日
3	【①で「受診していない」と回答した場合】 症状(期間などを具体的に)		
4	療養のために休んだ期間	令和 X 年 3 月 10 日 から	令和 X 年 3 月 31 日 まで
5	④の期間のうち、就労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)によらない休暇や就労予定がなかった日は除く。		8 日
6	④の期間において、給与等の支払いを受けましたか。または、今後受けますか。	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、その給与等の支給対象となった(なる)期間をご記入ください。	給与等の額	支給対象期間
		円	令和 年 月 日から 令和 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、下記の事業主記入欄について、事業主の証明が必要です。】			
8	事業主記入欄	令和 年 月 日	上記の内容については、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	

※訂正される場合は、訂正箇所を二重線で消し、正しい内容をご記入ください。