

## 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	
--------	--

	症状が出た日	令和 年 月 日	帰国者・接触者相談センターへの相談日 ※相談した場合にご記入ください	令和 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	【①で「受診した」と回答した場合】 医療機関の受診日		令和 年 月 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 年 月 日 から	令和 年 月 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。)			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。】

事業主記入欄	<p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>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。</p> <p style="margin-left: 20px;">事業所所在地</p> <p style="margin-left: 20px;">事業所名称</p> <p style="margin-left: 20px;">事業主氏名</p>		
担当者氏名		電話番号	