附則別記様式第2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	国保　二郎

症状が出た日	令和3年3月10日	帰国者・接触者相談センターへの相談日 ※相談した場合に記入	令和3年3月10日 （午後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	
（①で「受診した」と回答した場合） ②　医療機関の受診日		令和　3年　3月　10日 年　月　日 年　月　日	
（③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3年　3月　10日から 令和3年　3月　27日まで	④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
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。	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。	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、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③～⑥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。 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	