

# 記入例

## 大治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	国保 二郎
--------	-------

症状が出た日	令和 3 年 5 月 13 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 5 月 13 日 (午前 11 時頃)								
①医療機関の受診状況	<input checked="" type="radio"/> 1. 受診した <input type="radio"/> 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 5 月 13 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(具体的に)											
③療養のために 休んだ期間	令和 3 年 5 月 10 日から 令和 3 年 5 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。	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 type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 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    年    月    日から	(給与等の額:円)									
	令和    年    月    日まで	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>									

(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	令和 3 年 6 月 5 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    名古屋市中村区〇〇町1丁目2番3号		
	事業所名称        (株) 国保サービス		
事業主氏名        国保 花子			
※本人(代表者)が手書きしない場合は、記名押印してください。			
担当者氏名	国保 三郎	電話番号	052-5〇〇-〇〇〇〇