**記載例**

（被保険者記入用）

# 国 民 健 康 保 険 傷 病 手 当 金 支 給 申 請 書

| 被保険者氏名 | 坂東　一郎 |
|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| 症状が出た日 | 令和2年　3月　10日 | 帰国者・接触者相談センターへの相談日<br>※相談した場合に記入 | 令和2年　3月 13日<br>（ 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 | |
| （①で「受診した」と回答した場合）<br>②医療機関の受診日 | | 令和2年　3月　13日 | |
| | | 年　月　日 | |
| | | 年　月　日 | |
| （①で「受診していない」と回答した場合）<br>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 2年　3月 10日から<br>令和 2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<br>（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。 | 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<br>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<br>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<br>事業所所在地<br>事業所名称<br>事業主氏名　　㊞ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 担当者氏名 | | 電話番号 | |