

国民健康保険傷病手当金支給申請書

被 保 険 者 情 報	被保険者証番号		世帯主氏名	
	(フリガナ)		生年 月日	年 月 日
	氏名			
	住所			
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 ※相談した場合に記入	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		
(①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日		令和 年 月 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(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	⑤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	
	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 年 月 日
	上記④～⑤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 (印)
担当者氏名	電話番号

上記のとおり申請します。	
年 月 日	住所 _____
愛川町長 殿	申請者 (世帯主) 氏名 _____ (印)
	電話番号 _____