様式第12号（附則第３項関係）

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） | 　 |
| ③療養のために休んだ期間 | 令和　 年　 月　 日から | ④左記期間のうち、勤務ができなかった日数 | 日 |
| 　 | 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。 |  |
| 令和　 年　 月　 日まで |
| 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。 | 令和　 年　 月　 日から | （給与等の額：円） |
| 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 |  |