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 | |  | | | | |