様式第20号(第14条関係)

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 | | | 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 | | 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 | | | | | 年　　　月　　　日 | | | |
| 年　　　月　　　日 | | | |
| 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 | | 年　　月　　日から  年　　月　　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。 | | | 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  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  　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 |  |