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	亀山　二郎	生年月日	昭和 平成（○） 3 年 1 月 1 日

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 ※相談した場合に記入	令和 2 年 3 月 13 日 （午前10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 2 年 3 月 13 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（具体的に）			
④療養のために休んだ期間	令和2年3月10日から 令和2年3月27日まで	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。）	10日
⑥ 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（○）	
⑦ ⑥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 令和　年　月　日まで	（給与等の額：円）

（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 2 年 6 月 25 日
	上記③～⑦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　三重県■■市◇◇町1丁目2番3号
	事業所名称　（株）国保サービス
	事業主氏名　国保　花子　国保サービス之印

担当者氏名	国保　三郎	電話番号	0595－82－3456