

被保険者・事業主記入用

※「被保険者」「傷病等の状況」は支給対象となる被保険者が記入し、「事業主記載欄」は事業主が記入してください

国民健康保険 傷病手当金 支給申請書②（新型コロナウイルス感染症関連）

被保険者	被保険者氏名			
	住所	仙台市	区	

傷病等の状況	①症状が出た日 ※無症状者は検体採取日	年	月	日	②コールセンター (受診・相談センター) への相談日	年	月	日	
	③医療機関を受診しましたか	<input type="checkbox"/>	1. はい 2. いいえ						
	③-1「はい」の場合 受診日・病院名を記入してください	受診日	年	月	日	病院名			
	③-2「いいえ」の場合 症状・受診しなかった理由を記入してください								
	④療養のために休んだ期間 ※令和4年9月7日以降は、①の症状が出た日を含む8日間（入院の場合は11日間）までとなります（保健所の指示などにより療養期間延長になった場合を除きます。療養期間延長の場合は、様式7の申告書も提出してください。）			年	月	日から			
	④-1 このうち勤務ができなかった日数 ※勤務を予定していた日に、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）により休暇を取得した日数			日					
	④-2「勤務ができなかった日」について給与等の支払いを受けましたか ※今後支払いを受けられる場合も「1. はい」としてください	<input type="checkbox"/>	1. はい 2. いいえ						
④-2-1「はい」の場合 その給与等の支払い対象期間・日数と額を記入してください			年	月	日から	年	月	日まで	日
						給与等の額		円	

事業主記載欄	年 月 日							
	上記④から④-2-1の内容については、当事業所（事業主）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				