

様式第4号（附則第2項関係）

新型コロナウイルス感染症に係る
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）			
④療養のために休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで	⑤左記期間のうち、勤務ができなかった日数 <small>〔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。〕</small>	日
⑥	上記の療養のために休んだ期間に給与等の支払を受けましたか。または、今後受けられますか。	1. はい 2. いいえ	
⑦	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、下記の事業主記入欄について、事業主の証明が必要です。）

事業主記入欄	年 月 日
	上記③～⑦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
	事業所名称
	事業主氏名 (印)
担当者氏名	電話番号