

**国民健康保険傷病手当金支給申請書に係る  
新型コロナウイルス感染症り患等状況調書（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。			(給与等の額：円)	
	年	月	日から		
	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	<p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>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。</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名 <span style="float: right;">⑩</span></p>		
担当者氏名		電話番号	