


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	赤塚 二郎
--------	-------

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 又は新型コロナ受診相談窓口 への相談日 ※相談した場合に記入	令和2年3月13日 (午前11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		
	年 月 日		
	年 月 日		
④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記入してください。)	別紙「療養状況申立書」のとおり		
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31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。	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	令和 2 年 4 月 5 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 東京都板橋区西台1丁目2番3号		
	事業所名称 (株)西台サービス		
事業主氏名 西台 花子			
担当者氏名	西台 三郎	電話番号	123-456-7890