

附則様式第2号(附則第3項関係)

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
		受診した場合の医療機関名	
		年 月 日	
(①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日及び医師の 指示内容(具体的に)		医師の指示内容	
		年 月 日	
		医師の指示内容	
		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 ( 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
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) □□□□□□□□

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

附則様式第2号（附則第3項関係）

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	登米 二郎
--------	-------

症状が出た日	令和 2年 5月15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
	受診した場合の医療機関名	〇〇〇病院	
(①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日及び医師の指示内容(具体的に)	令和 2年 5月 18日		
	医師の指示内容	PCR検査の結果、陰性であったが、5月28日まで自宅療養と指示を受けた	
	年 月 日		
	医師の指示内容		
	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	令和 2年 5月 15日から 令和 2年 5月 28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) □□□□□□□□

事業主記入欄	令和 2年 5月 31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	宮城県登米市□□町△△〇〇番地	
	事業所名称	株式会社 〇〇〇	
	事業主氏名	代表取締役 〇〇 〇〇	印
担当者氏名	〇〇 〇〇	電話番号	0220-00-0000