



# 国民健康保険傷病手当金支給申請書 (②被保険者記入用)

記入例・記入ポイント

被保険者氏名		国保 一郎	
(1)発症日	令和4年 4月 17日	(2)症状の詳細 (該当に○)	発熱・咳 喉痛・頭痛・倦怠感 その他( )
(3)発症期間	令和4年 4月 21日	(4)陽性(みなしを含む)の場合の療養期間 (陽性判明日～療養終了日) <small>(療養期間の終期は、療養判定サイ 認した療養終了日や、厚 診療解除基準による解 が基本です。)</small>	令和4年 4月 18日 から 令和4年 4月 23日 まで
(5)労務に服することができなかった期間 (新型コロナウイルス感染後の後遺症による期間は除く。)	令和4年 4月 18日 から 令和4年 4月 23日 まで	(6)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の感染(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>	5日
(7)療養期間中に、感染が疑われる症状のため労務に服することができなかった最後の日	この申請書(②被保険者記入用)の(4)の療養終了日 または、感染が疑われる症状のため労務に服することができなかった最後の日		2. いいえ
(8)上記(7)で「はい」と回答した場合、その給与等の額と、その給与等の支払いの対象となった(なる)期間をご記入ください。	申請書(③事業主記入用)の(1)で 「×がついた日の計」と△がついた日の合計数と一致		
(9)上記(6)の療養のために休んだ期間について、労災保険から休業補償給付や他保険者から傷病手当金を受けられますか。	1. 受けられない		2. 受けられる(予定含む)

事業主記入欄による証明・押印は必須です。

令和4年 5月 15日

事業主記入欄	上記内容については、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	札幌市北区北24条西6丁目1-1	
	事業所名称	〇〇〇〇	
	事業主氏名	事業主 太郎	
担当者氏名	従業員 一子	電話番号	011-000-0000

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。