

様式第22号の3(第17条の2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											
(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。	年 月 日から 年 月 日まで	(給与等の額:円)											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>													

(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</p>		
担当者氏名		電話番号	