

被保険者記入用

記入のしかた

新型コロナウイルス感染症に感染または感染が疑われる方に関する事項を記入する申請書です。記入例をご覧ください、右頁の申請書に必要事項をご記入ください。

<お知らせ>

令和4年8月9日以降の傷病手当金の申請においては、当面の間、臨時的な取扱いとして、「国民健康保険傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）」の提出は不要となりました。

これにより、被保険者が療養のために労務に服さなかった期間を、被保険者記入用および事業主記入用の申請書で事業主に証明していただくことが必要です。

<記入例>

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	国保 二郎		
症状が出た日	令和4年3月16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	令和4年3月16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4年 3月 16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）	3/16より発熱、咳の症状が7日間あり、3/23～平熱となったが、咳の症状が続いていたため、自宅療養を継続し4/3に改善した。		
④療養のために休んだ期間	令和4年3月16日から 令和4年4月3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	(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	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 東京都練馬区■町1-2-3 事業所名称 株式会社 国保サービス 事業主氏名 国保 華南子 事業主印 (代表者印)		
担当者氏名	国保 健	電話番号	03-0000-◆◆◆◆

受診状況を記入してください。

別紙申請書（事業主記入用）の勤務状況と同じである必要があります。

受診の有無にかかわらず、必ず事業主の証明を受けてください。

受診の有無にかかわらず、療養のために休んだ期間中の症状や経過を詳しくご記入ください。

別紙申請書（事業主記入用）の「無給休暇の日数」を転記してください（ただし、支給額の算定において療養のために休んだ初日から3日間は支給対象から除かれます）。

へ切り取らずに提出ください

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			
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	
(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	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	(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	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		
担当者氏名		電話番号	