

様式第51号の2 その2 (第33条の2関係)

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	年 月 日 (時頃)
① 医療機関の受診状況	<input type="checkbox"/> 受診した <input type="checkbox"/> 受診していない		
② 医療機関の受診日 (①で「受診した」と回答した場合)	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
③ 症状 (期間等を具体的に) (①で「受診していない」と回答した場合)			
④ 療養のために休んだ期間	年 月 日から		
	年 月 日まで		
⑤ ④のうち、勤務できなかつた日数 (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つた日は除く。)	日		
⑥ ④の期間に給与等の支払を受けましたか又は今後受けられますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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期間を記入してください。	給与等の額 円 報酬支払の対象となった期間 年 月 日から 年 月 日まで		

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、次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	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
担当者氏名	電話番号