

様式第2号（第2条関係）

那珂市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（療養者）氏名			
症状が出た日	令和 年 月 日	帰国者・接触者 相談センターへ の相談日時	令和 年 月 日 (時頃) ☐ 相談していない
①医療機関の受診状況	1 受診した 2 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			
③症状（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	令和 年 月 日～令和 年 月 日		
⑤上記④の期間のうち、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きます。			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。又は今後受けられますか。	1 はい 2 いいえ		
⑦上記⑥で「はい」と回答した場合、 その給与等の額と、その支払の対象 となった（なる）期間をご記入くだ さい。	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
	給与等の額	円	

※上記①において「1 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。

事業主記載欄	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。
	令和 年 月 日
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話 番 号
	⑨ 担当者氏名