|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第３１号（その２）（附則第２項関係） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |
| 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） |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| ③ | 症状（期間などを具体的に）（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 | 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 |
| 年　　月　　日まで |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 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 | 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）期間を記入してください。 | 年　　月　　日から |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | （給与等の額：円） |  |
|  |  |
|  |  |  |
| 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、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。 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　　月　　　日 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 〒　　　－ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 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 |  |