

記入例

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	国保 花子		
症状が出た日	令和3年1月8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3年1月10日
① 医療機関の受診状況	<input checked="" type="radio"/> 1 受診した <input type="radio"/> 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)	令和3年 1月 10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	令和3年1月9日から 令和3年1月30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。）	9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。	<input type="radio"/> 1 はい <input checked="" type="radio"/> 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	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	
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		
	〒 ー		
	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	