≪ ① 被保険者証明用 ≫

国民健康保険傷病手当金支給証明書　（記入例）

被保険者氏名	国保　二郎	令和　4　年　5　月　7　日

下記のとおり相違ないことを証明します。

症状が出た日	令和　4　年　4　月５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　4　月５日 （ 午前・午後５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	
②医療機関の受診日 （①で「受診した」と回答した場合）		令和　4　年　4　月　6　日 令和　　年　　月　　日 令和　　年　　月　　日	
③症状（期間などを具体的に）		4/5に39℃の発熱等、風邪症状を感じ、有給休暇で仕事休んだ。4/6に国保総合病院を受診。検査の結果陽性であり、肺炎の症状がみられたため同日から入院し、4/19に実施した検査において陰性となったため同日に退院した。	
④療養のために休んだ期間	令和　4　年　4　月　5　日から 令和　4　年　4　月１９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、及び休みはじめの３日を除く。）	10日
⑥	上記の療養のために休んだ期間に給与等の支払いを受けましたか。 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。	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで （給与等の額：円）	

症状が出た日を正確に記載してください。

症状について、「〇月△日に××の症状があった。」「〇月△日に無症状となり、待期期間を終えた。」のように、症状が出た日と症状の内容を具体的に記載してください。

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	令和　4　年　5　月　7　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　静岡市駿河区南八幡町１０番４０号 事業所名称　株式会社　駿河サービス 事業主氏名　国保　花子		
担当者氏名	国保　三郎	電話番号	１２３－４５６－７８９０

≪事業主の方へ≫
申請者（被保険者）の方が記入した内容に相違がないか確認し、事業主証明を必ず記載してください。