

国民健康保険傷病手当金支給証明書

被保険者氏名		令和 年 月 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 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	令和 年 月 日 (午前・午後 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 年 月 日	
		令和 年 月 日	
③症状 (期間などを具体的に)			
④療養のために 休んだ期間	令和 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、及び当初の3日を除く。)	日
	令和 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	(給与等の額:円)
		令和 年 月 日まで	<input type="text"/>

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 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	