様式第47号の2(2)（第40条の2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 (　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	
(①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日		年　月　日	
		年　月　日	
		年　月　日	
(①で「受診していない」と回答した場合) ③症状(期間などを具体的に)			
③療養のために休んだ期間	年　月　日から 年　月　日まで	④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
⑤	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。 または、今後受けられますか。	1. はい　2. いいえ	
⑥	⑤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。	年　月　日から 年　月　日まで	(給与等の額:円) □□□□□□□

(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	年　月　日 上記③～⑥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	