

第26号様式(第7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<br>への相談日<br>※相談した場合に記入   | 年 月 日<br>( 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)<br>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)<br>③症状(期間などを具体的に)                        |                                   |  |                |   |         |
| ③療養のために<br>休んだ期間  | 年 月 日から<br>年 月 日まで                | ④左記期間のうち、勤務ができなかった日数<br>〔新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状)<br>があり感染が疑われる場合を含む)によら<br>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<br>給与等の支払いを受けましたか。<br>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<br>与等の額と、その報酬支払の対象と<br>なった(なる)期間をご記入ください。 | 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<br>記入<br>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 <span style="float: right;">㊟</span> |  |  |  |      |  |
| 担当者氏名                                      |  |  |  | 電話番号 |  |