

## 国民健康保険傷病手当金支給確認書

確認書①

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										
② 医療機関の受診日 (①で「受診した」と回答した場合)	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	年 月 日から	⑤左記機関のうち、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								
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）期間を記入してください。	年 月 日から	(給与等の額：円)									
	年 月 日から	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									

(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④～⑦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		
事業主名			
担当者氏名			電話番号