様式第２号

新型コロナウイルス感染症に係る
国民健康保険傷病手当金支給申請 報告書

被保険者氏名	

症状が出た日	令和　　年　　月　　日	新型コロナウイルス受診相談センター（帰国者・接触者相談センター）又は保健所への相談日 ※相談した場合に記入	令和　　年　　月　　日（　　時頃）
① 医療機関の受診状況		１ 受診した （医療機関名：　　） ２ 受診していない	
② 医療機関の受診日（①が「受診した」の場合）		令和　　年　　月　　日	
		令和　　年　　月　　日	
		令和　　年　　月　　日	
③ 症状（期間などを具体的に）（①が「受診していない」の場合はその理由も記入）			
④ 療養のために休んだ期間	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　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。	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）

事業主記入欄	令和　　年　　月　　日 発熱等の症状があり感染が疑われ、療養のため労務に服することができなかったこと、及び上記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　　㊞ ※ ※事業主が署名できない場合は、記名押印してください。

担当者氏名		電話番号	