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	国保　二郎

症状が出た日	令和 ４ 年 ９ 月 10 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 ４ 年 ９ 月 13 日（午前11時頃）
① 医療機関の受診状況		①受診した （医療機関名： 国保総合病院 ） 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 ４ 年 ９ 月13 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）		令和４年９月１０日から風邪の症状があり、３７度～３８度の発熱が３日間続いた。令和４年９月１３日に検査を受け、新型コロナウイルス感染症陽性との結果が出たため仕事を休んだ。	
④ 療養のために休んだ期間	令和 ４ 年 ９ 月10 日から 令和 ４ 年 ９ 月27 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。］	10 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 ４ 年 １０月 １５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　岡山市▲区■■町１－１－１ 事業所名称　㈱国保サービス 事業主氏名　岡山　太郎　㊞ ※ ※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	岡山　花子	電話番号	086－●●●－●●●●