第25号様式の２（第３２条関係）

記入例

国民健康保険傷病手当金支給申請書（被保険者記入用）

●訂正は、二重線・被保険者の訂正印で行ってください。

被保険者氏名	国保　二郎

症状が出た日	令和　4年　3月　10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	令和　4年　3月　10日 （午前11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		令和　4年　3月　11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）		3/10　咳・喉の痛み・発熱（39.5度）あり。 3/11　咳・喉の痛み・発熱（38.0度）あり。A病院を受診し、PCR検査で陽性の結果が出たため、自宅療養となった。 3/20を過ぎても咳・微熱（37.5度前後）が続き、コロナの疑いがあったため、勤務先と話し合い症状が改善するまで休むことで合意した。 3/23　体調が回復し、PCR検査陰性の結果が出たため、3/24より復帰した。	
③療養のために休んだ期間	令和　4年　3月　10日から 令和　4年　3月　23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。）	7日
⑤	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	
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）

●受診の有無に関わらず、できる限り具体的に記入してください。記入欄が足りない場合は、申請書の裏面を使用してください。
※実際に療養した期間が陽性判明時に予定していた療養期間より長い場合は、長くなった理由がわかるように記入してください。

●新型コロナウイルス感染症に感染、又は感染の疑いがあり、療養のために休んだ期間（仕事の有無に関わらず、病気を治すために休んだ期間）を記入してください。
※会社の指示による休業、ご自身の判断による休業の場合は支給対象になりません。

（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	令和　4年　5月　1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　長崎市桜町6番3号 事業所名称　（株）国保サービス 事業主氏名　国保　花子		
担当者氏名	国保　三郎	電話番号	095-000-0000

●受診の有無に関わらず、事業主から証明をいただいてください。
※事業主の署名もしくは記名・押印をお願いします。