様式第2号（第2条関係）

記入例

袖ケ浦市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	**袖ケ浦　花子**

症状が出た日	令和 **2** 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**2**年**3**月**13**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 **2** 年 **3** 月 **13** 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）		医療機関を受診していない場合ご記入ください。	
④療養のために休んだ期間	令和 **2** 年 **3** 月 **10** 日から 令和 **2** 年 **3** 月 **27** 日まで	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
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。	令 ⑤で「１．はい」と回答した場合ご記入ください。 令和　年　月　日まで	額：円）

（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 事 **上記①で「受診していない」と回答した場合、こちらもご記入ください。** **（事業主が記入してください。）** 事業主氏名　　㊞
担当者氏名	電話番号