（様式１）

国民健康保険傷病手当金支給申請書

令和　　年　　月　　日

（宛先）富士市長

住　所

申請者（世帯主）　氏　名

電話番号

富士市国民健康保険条例附則第７項に規定する傷病手当金の支給を受けたいので次のとおり申請します。

被保険者記号番号		世帯主との続柄	
（フリガナ）被保険者氏名		生年月日	年　月　日
症状が出た日	令和　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	令和　年　月　日 （　　時頃）
医療機関の受診状況	１　受診した　　２　受診していない		
医療機関の受診日 （医療機関を受診した場合に記入）	令和　年　月　日 令和　年　月　日 令和　年　月　日		
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に記入）			
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	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
上記の療養のために休んだ期間の給与等の支払い（支払い予定を含む。）の有無	１　有　　２　無		
上記給与等の支払いがあった場合、その額及び報酬支払の対象となった（なる）期間	給与等の額	円	
	期　間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	

（医療機関に「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記入欄について、事業主の証明が必要です。）

事業主記入欄	令和　年　月　日 上記の内容については、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 代表者氏名 （本人が氏名を自署しない場合は、記名押印してください。）			
	担当者氏名		電話番号	