様式第9号(附則第2項関係)

（①で「受診した」と回答した場合）

②医療機関の受診日

症状が出た日

（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）

（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。）

　　　年　　　　月　　　　日まで

　　　年　　　　月　　　　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

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

　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　（　　　　　　時頃）

日

③療養のために

休んだ期間

　　　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

　　　　年　　　　　月　　　　　日

　　　　年　　　　　月　　　　　日

　　　　年　　　　　月　　　　　日

　　　年　　　　月　　　　日から

①医療機関の受診状況

1.受診した

2.受診していない

担当者氏名

電話番号

事

業

主

記

入

欄

　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　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

事業所名称

事業主氏名

（給与等の額：円）

⑤

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

　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

勤務予定がなかった日は除く。