

新潟県後期高齢者医療 傷病手当金支給申請書 (被保険者記入用②)

被保険者氏名	
--------	--

症状が出た日	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 (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								
② 医療機関の受診日 (①で「受診した」と回答した場合)	年 月 日										
	年 月 日										
	年 月 日										
③ 症状 (期間などを具体的に) (①で「受診していない」と回答した場合)											
④ 療養のために休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで	⑤ 左記期間のうち、勤務ができなかった日 (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								
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。または、今後受けられますか。	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(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)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								

(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		
	事業所名称		
	事業主氏名	印	
担当者氏名	電話番号		