

## 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	阿賀野 太郎
--------	--------

症状が出た日	令和 2年 4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 4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 2年      4月      10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)											
④ 療養のために休んだ期間	令和2年4月10日から 令和2年4月30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。)	11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      (給与等の額: 円) 年      月      日まで <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <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		
担当者氏名		電話番号	

⑤