

阿賀野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	
--------	--

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)								
①	医療機関の受診状況	1. 受診した 2. 受診していない									
②	(①で「受診した」と回答した場合) 医療機関の受診日	令和	年 月 日								
		令和	年 月 日								
		令和	年 月 日								
③	(①で「受診していない」と回答した場合) 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 年 月 日から 令和 年 月 日まで	⑤	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。]								
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。	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	(給与等の額:円) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></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、下記の事業主記入欄に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