

苓北町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		苓北一郎	
症状が出た日	令和 2年 3月 10日	帰国者・接触者センター への相談日 ※相談した場合に記入	令和 2年 3月 10日 (午前 10 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)		令和 2年 3月 10日	
		年 月 日	
		年 月 日	
③ 症状 (具体的に記入ください。) (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	令和 2年 3月 10日～	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 (感染疑いも含む。) によらない休暇や勤務予定がなかった日は除く。	7日
	令和 2年 3月 31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。	令和 年 月 日から	(給与等の額：円)
		令和 年 月 日まで	

(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、事業入試の証明が必要です。)

事業主 記入 欄	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。		
	年 月 日		
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名		
事業所担当者氏名		電話番号	