

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					
症状が出た日	年 月 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	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 (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	年 月 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。	日	
	年 月 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		<input type="text"/>

(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			