

様式2

東員町国保 傷病手当金支給申請関係様式 (被保険者記入用)

被保険者氏名		電話番号	
--------	--	------	--

※傷病手当金の対象となる被保険者氏名

症状が出た日		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	(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 年 月 日	
		令和 年 月 日	
		令和 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	令和 年 月 日から	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。	日
	令和 年 月 日まで		
⑤ 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
⑥ ⑤で、「はい」と回答した場合は、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)	
	令和 年 月 日まで		円

※ 上記 ① で、「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	令和 年 月 日		
	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。		
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名 (署名又は押印)		印
	担当者氏名	電話番号	

【申請書(世帯主記入用)に添付してください。】