

城陽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		記号番号	—
--------	--	------	---

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										
(①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日	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) (あてはまる□にチェック)	<input type="checkbox"/> 発熱や咳などの風邪の症状があった。 (月 日 ~ 月 日 症状:) <input type="checkbox"/> 強いだるさや息苦しさがあった。(月 日 ~ 月 日) ※基礎疾患等の有無 (有 <input type="checkbox"/> , 無 <input type="checkbox"/>)										
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。)	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 令和 年 月 日まで	(給与等の額:円)	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> ※右詰めで記入してください。								

(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	令和 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
	⑩
担当者氏名	電話番号