

岡崎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	
(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	
(①で「受診していない」と回答した場合) ③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	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
	令和 年 月 日まで		
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	<input type="text"/>

※ 傷病手当金支給事務要綱第6条に該当した場合は、支給を受けた傷病手当金は返還いたします。

(下記の事業主記入欄についてご証明ください。)

事業主 記入 欄	令和 年 月 日
	上記④～⑦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 (※)
(※) 本人(代表者)が手書きしない場合は、記名押印してください。	
担当者氏名	電話番号

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	国保 二郎
--------	-------

症状が出た日	令和2年3月10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							
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 2 年 3 月 10 日									
	令和 年 月 日									
	令和 年 月 日									
①で「受診していない」と回答した場合 ③症状(具体的に)										
④療養のために休んだ期間	令和2年3月10日から 令和2年3月31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。)	10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	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>								

※ 傷病手当金支給事務要綱第6条に該当した場合は、支給を受けた傷病手当金は返還いたします。

(下記の事業主記入欄についてご証明ください。)

事業主記入欄	令和 2 年 4 月 5 日		
	上記④～⑦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	▲▲県●●市■町1丁目2番3号	
	事業所名称	(株)国保サービス	
事業主氏名	国保 花子	(※)	
(※) 本人(代表者)が手書きしない場合は、記名押印してください。			
担当者氏名	国保 三郎	電話番号	123-456-7890