

# 三郷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	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		
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及び、その間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。)	令和 年 月 日から ( 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、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。	(給与等の額) 円		
	令和 年 月 日から 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、事業主の証明が必要です。)

事業主記入欄	令和 年 月 日		
	上記④～⑥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 <span style="float: right;">⑦</span>
担当者氏名		電話番号	