

# 国民健康保険傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

令和 年 月 日

磐田市長

住 所

氏 名

電話番号

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号番号	世帯主氏名			
	(フリガナ) 氏 名	生年月日	昭和 平成	年	月 日
症状が出た日		令和 年 月 日	帰国者・接触者相談 センターの相談日 ※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			

(事業主の証明が必要です。)

事 業 主 記 入 欄	令和 年 月 日				
	上記④～⑦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					
㊟					
担当者氏名		電話番号			