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<br>※　相談した場合のみ記入 | | 令和　　年　　月　　日<br>午前・午後　　時頃 | |

| | |
|---|---|
| ①　医療機関の受診状況 | □　受診した　　□　受診していない |
| （①で「受診した」と回答した場合）<br>②　医療機関の受診日 | 令和　　年　　月　　日<br>令和　　年　　月　　日<br>令和　　年　　月　　日 |
| （①で「受診していない」と回答した場合）<br>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<br>令和　　年　　月　　日まで |
| ⑤　④の期間のうち、勤務ができなかった日数<br>※　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を除きます。 | 日 |
| ⑥　上記の療養のために休んだ期間に給与等の支払を受けましたか。または、今後受けられますか。 | □　はい<br>□　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）期間を御記入ください。 | 令和　　年　　月　　日から<br>令和　　年　　月　　日まで<br>給与等の額<br>□□□□□□□円 |

※　幸田町国民健康保険条例附則第３条本文の規定に該当した場合は、支給を受けた傷病手当金を返還しなければなりません。

※　①で「受診していない」と回答した場合は、次の事業主記載欄について、事業主による証明が必要です。

| | |
|---|---|
| 事業主記入欄 | 上記の④から⑦までの内容は、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。<br>令和　　年　　月　　日<br>事業所所在地<br>事業所名称<br>事業主氏名　　㊞ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 担当者氏名 | | 電話番号 | |