

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 1 0 日	帰国者・接触者相談センター等 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	<input checked="" type="radio"/> 1. 受診した <input type="radio"/> 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 1 3 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)	<input type="checkbox"/> 発熱や咳などの症状があった(年 月 日～ 月 日) <input type="checkbox"/> 強いだるさ(倦怠感)があった(年 月 日～ 月 日) <input type="checkbox"/> 息苦しさ(呼吸困難)があった(年 月 日～ 月 日) <input type="checkbox"/> その他 {										
④療養のために 休んだ期間	令和 2 年 3 月 1 0 日から 令和 2 年 3 月 3 1 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。)	1 0 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。	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 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><td> </td> </tr> </table>									

事業主記入欄	令和 2 年 5 月 1 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	〒758-0000 山口県萩市00町00番地00	
	事業所名称	0000商事	
事業主氏名	00 00	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> 商00 事00印 </div>	
担当者氏名	00 00	電話番号	0 8 3 8 - 0 0 - 0 0 0 0