

八千代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		記号番号	21 -
--------	--	------	------

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 【受診した場合】医療機関名・電話番号を記入 【受診していない場合】該当するものを「○」で囲む	1. 受診した	医療機関名 電話番号								
	2. 受診していない	以下に該当 検査キットで陽性 同居者陽性に伴う発熱 (その他)								
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 【受診した方】医療機関等で就労 不能と認められた期間 【受診していない方】千葉県「新型コ ロナウイルス療養解除日カレン ダー」に準じた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 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(定休 日)や勤務予定がなかった日は除く。)	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 令和 年 月 日まで	(給与等の額:円)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> * 右詰めで記入してください。							

(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④～⑦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
	(印)
担当者氏名	電話番号