

# 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	国保 二郎	記号番号	21 - 654321
--------	-------	------	-------------

症状が出た日	令和4年8月9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4年8月10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	●●●●●●●●●●病院								
		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	4年	8月 10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4年8月10日から  令和4年8月20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。 )	7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><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