

## 守谷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		
症状が出た日	令和2年3月10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2年3月13日 (午前11時頃)
①医療機関の受診状況	1. 受診した <input checked="" type="radio"/> 2. 受診していない <input type="radio"/>		
(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 13日		
	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)	年 月 日		
	「2. 受診していない」の場合には、③～⑦を記入した上で、事業主記入欄に、勤務先から証明を受けてください。		
④療養のために休んだ期間	令和2年3月10日から 令和2年3月27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。)	7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。又は、今後受けられますか。	1. はい <input type="radio"/> 2. いいえ <input checked="" type="radio"/>		
⑦⑥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)期間を記入してください。	年 月 日から	(給与等の額:円)	
	年 月 日まで	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
(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	年 月 日		
	上記③～⑦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	④の期間にあたる給与等(休業手当を含む。)の支払を受けた、又は受ける予定がある場合は、金額を記入してください。	
	事業所名称		
	事業主氏名	印	
担当者氏名		電話番号	