

桶川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		桶川 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 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 13 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(具体的に)										
③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 16 日まで	④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)	5 日							
⑤	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								
⑥	⑤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><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							

(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③～⑥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		
	事業所所在地	令和 4 年 8 月 9 日以降に申請を受け付けたものは医療 機関記入用の申請書の添付は不要です。その場合、こ の事業主記入欄に <u>事業主の証明</u> が必要です。	
	事業所名称		
	事業主氏名	印	
担当者氏名		電話番号	