

茅野市国民健康保険傷病手当金支給申請書（被保険者記入用）

記号 番号	茅 -	被保険者氏名									
症状が出た日	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	年 月 日 ( 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								
②医療機関の受診日 (①で「受診した」と回答した場合)		年 月 日									
		年 月 日									
		年 月 日									
③症状（期間などを具体的に） (①で「受診していない」と回答した場合)											
④療養のために休んだ期間	年 月 日から	⑤左記期間のうち、勤務ができなかった日数									
	年 月 日まで	日 (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。)									
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。又は、今後受けられますか。	1. はい 2. いいえ									
⑦	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。	年 月 日から 年 月 日まで	(給与等の額：円) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></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	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	㊞
担当者氏名	電話番号