

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）

被保険者記号番号		茅 ー	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 年 月 日まで		⑤左記期間のうち、勤務ができなかった日数		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)	

(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					印
担当者氏名		電話番号			