

## 袖ヶ浦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	袖ヶ浦 花子		
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 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		
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		
	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)	○月○日 38度発熱・自宅療養開始 ○月○日 PCR検査を受診 ○月○日 PCR検査陽性		
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	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
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 令	⑤で「1. はい」と回答した場合ご記入ください。	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	令和2 年 5 月 20 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す。		
	事業所所在地	〇〇県△△市□□町1丁目2番3号	
	事業所名称	株式会社 〇〇	
	事業主氏名	国保 一郎	
担当者氏名	国保 三郎	電話番号	123-456-7890

※国の通知に基づき、当面の間、上記「事業主記入欄」に証明をいただくことで、様式第4号(医療機関記入用)の添付を不要とします。