

様式第56号

矢板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	
--------	--

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	
(①で「受診した」と回答した場合)		年 月 日	
②医療機関の受診日		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)			
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 ( 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。 )	日
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。または、今後受けられますか。	1. はい      2. いいえ	
⑦	⑥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
	事業所名
	事業主氏名
	印
担当者名	電話番号

