

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	国保 二郎
--------	-------

症状が出た日	令和3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3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 3 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)									
④療養のために休んだ期間	令和3年3月10日から 令和3年3月27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。)	7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								
⑦⑥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      (給与等の額：円) 年 月 日 まで <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><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	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 <span style="float: right;">印</span>
担当者名	電話番号

