

(その2)

佐倉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 → 医療機関による証明(医療機関記入用)が必要です。									
		2 受診していない → 下欄「事業主記入欄」による証明(記入)が必要です。									
①で「受診した」と回答した場合 ②医療機関の受診日		年 月 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)											
③療養のために 休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで	④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								
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。	年 月 日から 年 月 日まで	(給与等の額:円) <table border="1"><tr><td></td><td></td><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③～⑥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		
	事業所名称		
	事業主氏名	Ⓜ	
担当者氏名		電話番号	