

大野城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 一郎
--------	-------

症状が出た日	令和4年 3 月 3 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	<input checked="" type="radio"/> 1. 受診した <input type="radio"/> 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 4 年 3 月 4 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 4 年 3 月 3日から 令和 4 年 3 月 13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。)	5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 <input checked="" type="radio"/> 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。 ※賞与は除きます。	年 月 日から 年 月 日まで	(給与等の額:円) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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	受診している場合でも、R4年8月9日からしばらくの間は、 医療機関記入用(様式第34号)の申請書のかわりに、事業主 に証明していただくことで、受付を致します。	
	事業所名称		
事業主氏名	⑩		
担当者氏名		電話番号	