

## 伊東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	<b>国保 二郎</b>
--------	--------------

※医療機関を受診した場合  
の記入方法

症状が出た日	令和 2 年 6 月 1 0 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 2 年 6 月 1 3 日 (午前 1 1 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 2 年 6 月 1 3 日 令和    年    月    日 令和    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 2 年 6 月 1 0 日から  令和 2 年 6 月 2 7 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。)	<b>7</b> 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)期間を御記入ください。	令和    年    月    日から                      (給与等の額:円) 令和    年    月    日まで <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 100px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></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	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">令和    年    月    日</div> <p>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。</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名 <span style="float: right;">⑩</span></p>		
担当者氏名		電話番号	