

茨城町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	令和 年 月 日	帰国者・接触者相談センター に相談した日 ※相談した場合に記入	令和 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 ② 医療機関の受診日	令和 年 月 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 年 月 日から 令和 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。	令和 年 月 日から 令和 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	令和 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 _____ 事業所名称 _____ 事業主氏名 _____ 印
担当者氏名	電話番号