

(その2)

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      2 受診していない											
(①で「受診した」と回答した場合)		年 月 日											
② 医療機関の受診日		年 月 日											
(①で「受診していない」と回答した場合)		年 月 日											
③ 症状(期間など具体的に)													
④ 療養のために 休んだ期間	年 月 日から 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を受けましたか。又は、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又は対象となる期間を御記入ください。	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><td> </td><td> </td></tr></table>										

(以下の事業主記入欄について、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		
	事業所名称		
	事業主氏名	㊟	
事業所 担当者氏名		事業所電話番号	