

新型コロナウイルス感染症に係る
印西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	令和	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	令和	年	月	日	時	分	
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。											
②医療機関の受診日 (①で「受診した」と回答した場合)	令和 年 月 日											
	令和 年 月 日											
	令和 年 月 日											
③症状(期間などを具体的に) (①で「受診していない」と回答した場合)												
③療養のために 休んだ期間	令和	年	月	日から	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	
	令和	年	月	日まで								
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。				令和	年	月	日から	(給与等の額:円)			
	令和	年	月	日まで								

(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③～⑥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						