

門真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 (午 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(具体的に)										
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	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></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	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	印

担当者氏名		電話番号	
-------	--	------	--

※記載事項確認のため、連絡させていただく
場合がございます。

健康保険課 使用欄	
--------------	--

門真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	門真 一郎
--------	-------

記載例

症状が出た日	令和2年3月10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3月10日 (午前11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 2年 3月 10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(具体的に)			
③療養のために 休んだ期間	令和2年3月10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。)	6日
	令和2年3月25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、**○太枠部分を記入してください**が必要です。)

事業主記入欄	令和 年 月 日
	上記③ 事業主氏名
	事業主氏名
担当者氏名	電話番号

○この欄は、上記①「医療機関の受診状況」において、医療機関を受診していない場合に限り、事業所の証明を記入してもらってください。

※記載事項確認のため、連絡させていただく場合がございます。

健康保険課 使用欄	
--------------	--