

常総市国民健康保険傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

捺印を
押して
下さい

被保険者氏名	常総 二郎 <small>被保険者 = 休業した方</small>		
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 <small>※相談した場合に記入</small>	令和 2年 3月 13日 (午前11時頃)
①医療機関の受診状況	1. 受診した <input checked="" type="radio"/> 2. 受診していない <input type="radio"/>		
(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 13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)	発熱の状況、症状、期間等 詳細にご記入ください。		
④療養のために 休んだ期間	令和 2年 3月 10日 から 令和 2年 3月 27日 まで	⑤左記期間のうち、勤務ができなかった日数 <small>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。</small>	7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 type="radio"/> 2. いいえ <input checked="" type="radio"/>		
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)	<input type="text"/>

常
総

①で1に○をつけた場合は、②と④～⑦の記入をお願いします。

①で2に○をつけた場合は、③～⑦に記入したうえで、事業所記入欄に勤務先から証明を受けてください。

給与等の一部の支給を受ける場合は、「はい」に○をつけてください。

④の期間にあたる給与等(休業手当含む)の支払を受けた、または受ける予定がある場合は金額を記入してください。
※事業主に確認して記入してください。

(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。
	事業主所在地
	事業主氏名
事業所名称	※事業主が記入・押印(代表者の印)してください。 担当者氏名、日中連絡のとれる電話番号を記入してください。 ※「③療養のために休んだ期間(労務不能の期間)が、事業主が把握している本人の情報と相違ないか確認し、証明を行ってください。
担当者氏名	電話番号

医療機関を受診していない場合には、「事業主の証明」が必要です。
労務不能の判断は、原則、医療機関の医師が行いますが、医療機関を受診していない場合は、事業主の証明をもとに保険者(常総市)が判断します。