## 五條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	口 年	月	日	帰	^(	触者相談も の相談日 .た場合に		令和	D 4	<b>年</b> (	月日時頃)	
	1	医療機関 <i>0</i>	)受診状	況		1. 受診した 2. 受診していない						<b>\</b>		
								令和	年	月		日		
(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		
(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)														
3療	養のため	令和	年	月	日から	4		のうち、				女		
に 休んだ期間 <sub>令和</sub> 年 月 日				日まで	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。								B	
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. l'	\	え		
	⑤で「はい	」と回答した:	 場合、そ(	 の給	令和	年	月	日から				(給与	等の額:	円)
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。)

								令和	<u> </u>	年	,	月	日	
事	上言	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。												
事業主記入欄	事業所所在地													
記 入 欄	:	事業	所名称											
	:	事業	主氏名											
担当者氏	氏名						電話番号	<u> </u>						

## 五條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	2年 3.	月 10日	帰	国者・接触 への ※相談し	相談日	l	<u>'</u> —	令	和 2	2 年 ( <del>4</del>		月 1 11B	
	1	医療機関 <i>σ</i>	(1	 . 受診し 	t:			2. 受	を診し	してい	ない				
					•	令和	2 :	年	3	月	10	日			
		受診した」と			令和	1	ŧ		月		日				
							令和	1	年		月		日		
		診していない 犬(期間など													
③療養のために に 休んだ期間令和 2 年 3月 10 日からに 令和 2 年 3月 27 日まで						左記期間 新型コロリ 感染が疑っ 勤務予定:	ーウイルス われる場	ス感染症	走(発熱 む)に。	- ·等の症	定状が	あり		1	0日
<b>⑤</b>	給与等の支	をのために休 を払いを受け 後受けられる	ましたか。			1.	はし	۸,		2.	い	いえ			
	⑤で「はい	い」と回答した場合、その給 <sup>令和</sup>				月	日から					(i	給与筆	等の客	頁:円)
6	与等の額と	、その報酬 う)期間をご言	<u> </u>	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。)

			令和	和 年	月	日					
車	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	る内容と相違な	いことを証り	月します。					
事業主記入欄	事業所所在地										
元 入 欄	事業所名称										
	事業主氏名	事業主氏名									
担当者氏	名		電話番号								