

傷病手当金支給申請書 (被保険者記入用)

記入例

被保険者氏名	埼玉 次郎
--------	-------

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13日 (午前 10 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13日									
		年                      月                      日									
		年                      月                      日									
<del>①で「受診していない」と回答した場合</del> ③症状 (期間などを具体的に)		令和2年3月10日以降、37.5℃以上の発熱、倦怠感、 息苦しさが2週間程度続いた。 3月13日に検査をし、新型コロナウイルス陽性との結果 が出た。									
④療養のために 休んだ期間	令和 2 年 3月10日から	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。 )	10日								
	令和 2 年 3月31日まで										
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                      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 (なる) 期間をご記 入ください。	年                      月                      日から  年                      月                      日まで	(給与等の額:円) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><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2年 4月 5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。		
	事業所所在地	さいたま市浦和区常磐 60-40-40	
	事業所名称	(株) 国保サービス	
	事業主氏名※	国保 花子 ※事業主の署名以外は記名押印してください	
担当者氏名	大宮 三郎	電話番号	048-XXXX-XXXX