

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	国保 二郎
--------	-------

症状が出た日	令和4年9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4年9月12日 (午前11時頃)
①医療機関の受診状況	<input checked="" type="radio"/> 1. 受診した <input type="radio"/> 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 4 年 9 月 12 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)	令和4年9月10日に、37.7℃の発熱、倦怠感、息苦しさがあり、受診したところ入院となった。9月12日に検査し、新型コロナウイルス陽性との診断を受けた。37.5℃以上の発熱、倦怠感、息苦しさ、入院後2週間ほど続いた。9月26日に退院した。		
③療養のために 休んだ期間	令和4年9月10日から 令和4年9月26日まで	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。)	9日
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。	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="text"/>	

(上記④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	医療機関記入用申請書の提出がない場合は、ここに事業主の証明が必要です。臨時的な取扱い期間中は、医療機関記入用申請書を用いないため、受診していても、③から⑥を記載して事業主から証明をもらってください。	
	事業所名称		
	事業主氏名	⑥	
担当者氏名	電話番号		

【調査に係る同意について】

被保険者 国保 二郎 と世帯主 国保 太郎 は、宇都宮市の職員が傷病手当金支給に係る申請内容の確認のため、事業主、医療機関へ調査及び照会を行うことに同意します。

令和4年〇月〇〇日 同意者氏名 ※本人自署の場合は押印省略
(被保険者氏名) 国保 二郎 ⑥