

様式第1号の2（第2条関係）

時津町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<br>への相談日<br>※相談した場合に記入                                                                        | 令和      年      月      日<br>(      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)<br>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)<br>③症状（期間などを具体的に） |                                                                 |                                                                                                             |                                                                                         |  |  |  |  |  |
| ④療養のために<br>休んだ期間                       | 令和      年      月      日から                                       | ⑤左記期間のうち、勤務ができなかった日数<br><br>〔      新型コロナウイルス感染症（発熱等の症状が<br>あり感染が疑われる場合を含む）によらない<br>休暇や勤務予定がなかった日は除く。      〕 | 日                                                                                       |  |  |  |  |  |
|                                        | 令和      年      月      日まで                                       |                                                                                                             |                                                                                         |  |  |  |  |  |
| ⑥                                      | 上記の療養のために休んだ期間に<br>給与等の支払いを受けましたか。<br>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<br>給与等の額と、その報酬支払の対象と<br>なった（なる）期間をご記入くださ<br>い。 | 令和      年      月      日から                                                                                   | (給与等の額：円)                                                                               |  |  |  |  |  |
|                                        |                                                                 | 令和      年      月      日まで                                                                                   | <table><tr><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④～⑦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                                       |      |  |
|        | 事業所名称                                        |      |  |
|        | 事業主氏名                                        |      |  |
| 担当者氏名  |                                              | 電話番号 |  |