

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									
(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)											
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31日まで	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								
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 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。	年 月 日から (給与等の額:円) 年 月 日まで <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></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	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">年 月 日</div> <p>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。</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">※事業主の署名以外は記名押印してください</p>		
担当者氏名		電話番号	