

# 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	年 月 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	年 月 日 ( 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	年 月 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）											
③療養のために休んだ期間	年 月 日から 年 月 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。 )	日								
⑤ 上記の療養のために休んだ期間に給与等の支払を受けましたか。又は今後受けられますか。	1 はい                      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。	年 月 日から 年 月 日まで	(給与等の額：円) <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	<p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>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。</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名</p>		
担当者氏名		電話番号	