

傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

被保険者氏名		羽島 次郎	
症状が出た日	令和3年 6月 1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 <input type="checkbox"/> 2. 受診していない <input type="checkbox"/>	
(①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日		令和3年 6月 2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)		上記①医療機関の受診状況欄にて、「2. 受診していない」と記入した場合に記入してください。 (例) 6/1に37.5の発熱や倦怠感があったが、その後症状が落ち着いた。	
④療養のために休んだ期間	令和3年 6月 2日から 令和3年 6月 16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 <input type="checkbox"/> 2. いいえ <input type="checkbox"/>	
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。	・事業主は、「事業主記入用」の①と②の×を書いた期間と相違ないか確認してください。	

(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	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	上記①医療機関の受診状況欄にて、「2. 受診していない」と記入した場合、事業主記入欄、担当者氏名、電話番号を記入してください。	
	事業所名称		
事業主氏名			
担当者氏名		電話番号	( ) —