

# 高槻市国民健康保険傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

**記載例**

被保険者氏名	高槻 花子
--------	-------

○太枠部分を記入してください。

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11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									
	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)										
③療養のために 休んだ期間	令和 2 年 3 月 10 日から	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。)	7日							
	令和 2 年 3 月 27 日まで									
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。	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。	令和    年        月        日から	(給与等の額:円)								
	令和    年        月        日まで	<table border="1"> <tr> <td> </td><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	○上記①医療機関の受診状況欄にて、医療機関を受診していない 場合のみ事業所の証明が必要です。	
	事業所名称		
事業主氏名	(印)		
担当者氏名		電話番号	

(保険者記入) 宛名コード	
------------------	--