

附則様式第2号(附則第4項関係)

養老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		養老 二郎	
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10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10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で医療機関を受診していない場合に記入 (例) 3/10に37.5度の発熱、3/11~3/12まで2日間 38度台の発熱、あわせて強い倦怠感があったが、 それ以降、症状が一定に落ち着いた。	
③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27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)	7 日
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。	年 月 日から 年 月 日まで	(給与等の額:円) □□□□□□□□

(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
	事業所名称
事業主氏名	※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。 Ⓜ
担当者氏名	電話番号