

様式第2号（第2条関係）

富士川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	
--------	--

症状が出た日	令和 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	令和 年 月 日 (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 年 月 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(期間などを具体的に)									
③療養のために 休んだ期間	令和 年 月 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)	日						
	令和 年 月 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、 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		
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名	Ⓜ	
担当者氏名		電話番号	