新潟県後期高齢者医療 傷病手当金支給申請書（被保険者記入用②）

|  |  |
| --- | --- |
| 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）1. 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）1. 症状（期間などを具体的に）
 |  |
| 1. 療養のため

に休んだ期間 | 年　　月　　日から年　　月　　日まで | 1. 左記期間のうち、勤務ができなかった日

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 |
|  | 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③～⑦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　　事業所名称　　事業主氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞（自署の場合は押印不要） |
| 担当者氏名 |  | 電話番号 |  |