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 |  |