

被保険者・事業主記入用

※「被保険者」・「傷病等の状況」は支給対象となる被保険者が記入し、「事業主記載欄」は事業主が記入してください

国民健康保険 傷病手当金 支給申請書② (新型コロナウイルス感染症関連)

被保険者	被保険者氏名	仙台 太郎
	住所	仙台市 青葉 区 国分町3-7-1

傷病等の状況	①症状が出た日 ※無症状者は検体採取日	4年 10月 3日	②コールセンター (受診・相談センター) への相談日	4年 10月 3日	
	③医療機関を受診しましたか	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ			
	③-1「はい」の場合 受診日・病院名を記入してください	受診日	4年 10月 4日 年 月 日 年 月 日	病院名	●●病院
	③-2「いいえ」の場合 症状・受診しなかった理由を記入してください				
	④療養のために休んだ期間 ※令和4年9月7日以降は、①の症状が出た日を含む8日間(入院の場合は11日間)までとなります(保健所の指示などにより療養期間延長になった場合を除きます。療養期間延長の場合は、様式7の申告書も提出してください。)	4年 10月 3日 から 4年 10月 10日 まで			
	④-1このうち勤務ができなかった日数 ※勤務を予定していた日に、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)により休暇を取得した日数	5日			
④-2「勤務ができなかった日」について給与等の支払いを受けましたか ※今後支払いを受けられる場合も「1. はい」としてください	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ				
④-2-1「はい」の場合 その給与等の支払い対象期間・日数と額を記入してください	4年 10月 6日 から 4年 10月 7日 まで 2日 給与等の額 10,000円				

事業主記載欄	○年 ○月 ○日 上記④から④-2-1の内容については、当事業所(事業主)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	仙台市●●区●●町1丁目2-3	
	事業所名称	●●株式会社	
	事業主氏名	代表取締役 ●●●●	
担当者氏名	○○ ○○	電話番号	022-214-●●●●