

新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金支給申請書（被保険者記入用）

被保険者氏名			
症状が発生した日	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してください。）	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	
②医療機関の受診日（①で「受診した」と回答した場合に記入してください。）	年 月 日	受診した医療機関の名称	
	年 月 日	受診した医療機関の名称	
	年 月 日	受診した医療機関の名称	
③症状（①で「受診していない」と回答した場合に期間等を具体的に記入してください。）			
④療養のために休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで	⑤左記の期間のうち、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。）によらない休暇や勤務予定がなかった日は除きます。〕	日
⑥上記の療養のために休んだ期間に給与等の支払を受けましたか。又は、今後受けられますか。		1. はい                      2. いいえ	
⑦給与等の額及びその支払の対象となった（なる）期間（⑥で「はい」と回答した場合に記入してください。）		年 月 日から                      （給与等の額：円） 年 月 日まで	

（上記①において「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記入欄について、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。		
	事業所の所在地		
事業所の名称			
事業主の氏名			
※ 署名又は記名押印をしてください。			
担当者氏名		電話番号	