

# 国民健康保険傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

同意書	
(宛先) 小金井市長 私は傷病手当金の支給決定を行うにあたり、小金井市長が関係機関(事業主・医療機関等)に対して、必要な情報の照会や確認することに同意します。 令和 年 月 日 被保険者住所  被保険者氏名 <span style="float: right;">㊟</span>	

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 ( 時頃)								
①医療機関の受診状況		1. 受診した <span style="margin-left: 100px;">2. 受診していない</span>									
(①で「受診した」と回答した場合)		令和 年 月 日									
②医療機関の受診日		令和 年 月 日									
(①で「受診していない」と回答した場合)		令和 年 月 日									
③症状及び期間 (※右から該当するものを選択してください。)		<input type="checkbox"/> 発熱や咳などの症状があった( 年 月 日～ 月 日) <input type="checkbox"/> 強いだるさ(倦怠感)があった( 年 月 日～ 月 日) <input type="checkbox"/> 息苦しさ(呼吸困難)があった( 年 月 日～ 月 日) <input type="checkbox"/> その他( 年 月 日～ 月 日) [ ]									
④療養のために休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	⑤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)によらない休暇や勤務予定がなかった日は除く。	日								
⑥	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 <span style="margin-left: 50px;">2. いいえ</span>									
⑦	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。	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	(給与等の額:円) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></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③～⑦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 <span style="float: right;">㊟</span>		
担当者氏名		電話番号	