南城市国民健康保険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　　2．受診していない	
（①で「受診した」と回答した場合） ②医療機関の受診日		令和　　年　　月　　日	
		令和　　年　　月　　日	
		令和　　年　　月　　日	
（①で「受診していない」と回答した場合） ③症状（期間などを具体的に）			
④療養のために休んだ期間	令和　　年　　月　　日から	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
	令和　　年　　月　　日まで		

⑥	④の療養のために休んだ期間の給与等の支払を受けたか（今後、支払を受ける場合を含む。）	1．支払を受けた（受ける）　　2．支払を受けていない
⑦	（⑥で「1.支払を受けた（受ける）」と回答した場合） 給与等の額及び支払対象となった（なる）期間	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで （給与等の額：円）□□□□□□□
⑧	他の法令による医療の給付の状況	1.給付を受けられる　（制度名　　） 2.給付を受けられない

事業主記入欄			
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。 令和　　年　　月　　日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名　　㊞			
担当者氏名		電話番号	