

傷病手当金支給申請書（被保険者記入用）

記入例

被保険者氏名	埼玉 次郎
--------	-------

症状が出た日	令和2年 3月10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2年 3月13日 (午前 10 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2年 3月13日	
		年	月
		年	月
(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 2 年 3月10日から	⑤左記期間のうち、勤務ができなかった日数  <small>（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。）</small>	10日
	令和 2 年 3月31日まで		
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                      2. いいえ	
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。	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
<small>※事業主の署名以外は記名押印してください</small>	
担当者氏名	電話番号