

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 (午前・午後 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)	令和 年 月 日	
		令和 年 月 日	
		令和 年 月 日	
③	症状（期間などを具体的に） (「受診した」と回答した場合も記入してください。)	(①で「受診していない」と回答した場合)	
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 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。	令和 年 月 日から	(給与等の額：円)
		令和 年 月 日まで	<input type="text"/>

（上記④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		
	担当者氏名		電話番号
			— —