新潟県後期高齢者医療 傷病手当金支給申請書（被保険者記入用②）

記 入 例

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者氏名 | **広　域　　太　郎** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 症状が出た日 | 令和**２**年**１**月**１**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**  | 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）**1. 医療機関の受診日
 | **令和　４**年　　　**１**月　　　**１**日 |
| 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| **（①で「受診していない」と回答した場合）**1. 症状（期間などを具体的に）
 |  |
| 1. 療養のため

に休んだ期間 | **令和４**年**１**月**１**日から**令和４**年**１**月**３１**日まで | 1. 左記期間のうち、勤務ができなかった日

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。 | **10**日 |
|  | 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 |
|  | 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４年　１月　１日から  令和４年　１月３１日まで  | （給与等の額：円） |
|  | １ | ０ | ０ | ０ | ０ | ０ |  |
|  |

（**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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 担当者氏名 |  | 電話番号 |  |