桐生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	年	月	日	帰		地者相談も)相談日 た場合に記			年 (月	日時頃)
	1	医療機関の受診			1	. 受診し	<i>t</i> =		2. 受診	してい	ない	
								年	月	ſ	8	
		受診した」と回答し ②医療機関の受診						年	月	I	8	
								年	月	Ī	8	
		診していない」と回復 犬(期間などを具ん		·)								
	養のため に んだ期間	年	月	日から日まで	(5)	新型コロラ感染が疑	ト ウイルス原	英染症(発素 を含む)に	きなかった きの症状が よらない休暇	(あり)		B
6	給与等のす	を をのために休んだ期 を払いを受けました: 後受けられますか。	か。		•	1.	はい		2. い	いえ	-	
7	与等の額と	」と回答した場合、そ こ、その報酬支払の る)期間をご記入くた	対象と		年年	月月	日から日まで			(新	 給与等(の額:円)

傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)の添付がない場合は、下記の事業主記載欄について、事業主の証明が必要です。

					年	月	日
事	上訂	3~⑦の内容については、当事業所に	おいて把握している	る内容と相談	韋ないこと	とを証明し	<i>.</i> ます。
事業主記入欄	事	業所所在地					
元 入 欄	į	事業所名称					
	Į	事業主氏名					
担当者氏	名		電話番号				

桐生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 国	保 二郎

※記入例

症状が出た日 令和 2 年 3 月 10日				^	触者相談 の相談日 た場合に				4		¥3月 [·] (午前	13日	頁)
1	1.	受診し	Æ			2.	受診	うしてし	いない				
					令和	2	年	3	月	13	日		
	受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日						年		月		日		
							年		月		日		
	診していない」と回答した場合) ③症状(具体的に)												
											_		
4療養のため に 体んだ期間	令和2年3月10日から 令和2年3月31日まで			新型コロ 感染が疑	引 のうち、 ナウイルス われる場合がなかった	.感染! 合を含	定(発素	き	症状	があり		10	
⑥ 給与等の対	をのために休んだ期間に 支払いを受けましたか。 後受けられますか。			1.	はし	۱,	(2.	い	いい	え		
7 与等の額と	」と回答した場合、その給 こ、その報酬支払の対象と 5)期間をご記入ください。		年年	月月	日から日まで						(給与	等の額	:円)

被保型感ではいいないでは、大力には、いいでは、大力を関するではいいが、大力を関するでは、大力を関するでは、大力を表している。というでは、大がイ感の体が遺漫ったが、大がイ感の体が遺漫った大がイ感の体が遺漫ったが対している。

傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)の添付がない場合は、下記の事業主記載欄について、事業主の証明が必要です。

		年	月	
事	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	ことを証明し	ます。
事業主記入欄	事業所所在地			
入欄	事業所名称			
	事業主氏名)		
担当者氏	電話番号			

傷病手当金支給 申請書(医療機 関記入用)の添 付がない場合は、 必ずこの事業主 記入欄に記入・ 押印いただいた うえで提出して ください。