

様式第1号の2(第2条関係)

伊賀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<br>への相談日<br>※相談した場合に記入  | 令和 年 月 日<br>( 時頃)   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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)<br>②医療機関の受診日                                   | 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)<br>③症状(期間などを具体的に)                           |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ③療養のために<br>休んだ期間   | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで                | ④左記期間のうち、勤務ができなかった日数<br>(<br>新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり<br>感染が疑われる場合を含む)によらない休暇や<br>勤務予定がなかった日は除く。) | 日   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ⑤<br>上記の療養のために休んだ期間に<br>給与等の支払いを受けましたか。<br>または、今後受けられますか。        | 1. はい                      2. いいえ       |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ⑥<br>⑤で「はい」と回答した場合、その給<br>与等の額と、その報酬支払の対象と<br>なった(なる)期間をご記入ください。 | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで                | (給与等の額:円)   | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |

(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<br>記入<br>欄 | ↓  | 令和 年 月 日 |  |
|                | 上記③～⑥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  | (印)      |  |
| 担当者氏名          |  | 電話番号     |  |