

湖南省国民健康保険新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金支給申請書（被保険者記入欄）

被保険者氏名	<b>湖南 一雄</b>										
症状が出た日	<b>令和2年 5月 10日</b>	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	<b>令和2年 5月 11日 ( 13時頃)</b>								
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	<b>令和 2年 5月 11日</b>										
	年      月      日										
(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）	年      月      日										
④療養のために休んだ期間	<b>令和2年5月11日から 令和2年5月25日まで</b>	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）による ない休暇や勤務予定がなかった日は除く。 ]	<b>8日</b>								
⑥ 上記の療養のため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、その報酬支払いの対象となった（なる）期間をご記入ください。	(給与等の額：円) 年    月    日から <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> 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	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">年    月    日</div> <p>上記④～⑦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。</p> <p style="margin-left: 40px;">事業所所在地</p> <p style="margin-left: 40px;">事業所名</p> <p style="margin-left: 40px;">事業主氏名</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">⑧</div>
担当者氏名	電話番号

