

(第2面)
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										
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	年 月 日										
	年 月 日										
	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)											
③療養のために休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで	④左記期間のうち、勤務ができなかった日数 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> 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。 </div>	日								
⑤ 上記の療養のために休んだ期間に給与等の支払を受けましたか、又は、今後受けられますか。	1. はい 2. いいえ										
⑥ ⑤で「はい」と回答した場合、その給与等の額と、その給与等の支払の対象となった (なる) 期間を御記入ください。	年 月 日から 年 月 日まで	(給与等の額: 円)	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								

以下は事業主の方が記入してください

事業主記入欄	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		
担当者氏名		電話番号	