

記入例

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)

被保険者氏名	後期 太郎
--------	-------

症状が出た日	令和2年3月10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	令和2年3月13日 (午前11時頃)							
① 医療機関の受診状況		<input checked="" type="radio"/> 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)		令和2 年 3 月 13 日								
② 医療機関の受診日		年 月 日								
(①で「受診していない」と回答した場合)		年 月 日								
③ 症状 (期間などを具体的に)										
④ 療養のために休んだ期間	令和2年3月10日から 令和2年3月27日まで	⑤ 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。)	7日							
⑥ 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 <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ									
⑦ ⑥で「はい」と回答した場合、その給与等の額と、その報酬支払の対象となった(なる)期間をご記入ください。	年 月 日から (給与等の額: 円) 年 月 日まで <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> <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>									

(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 ⑧
担当者氏名	電話番号