

(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	国保 二郎
--------	-------

症状が出た日	令和4年 3月 25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)	★医療機関に受診していない場合の記入例 3/25 起床時から体調不良。のどの痛み、倦怠感等。 25日夜から発熱 40℃以上。28日まで高熱が続く。 翌26日 PCR 検査で陽性判明。4月5日まで自宅待機		
③療養のために休んだ期間	令和4年 3月25日から 令和4年 4月 5日まで	④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。) によらない休暇や勤務予定がなかった日は除く。)	9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	(給与等の額: 円)	
	年          月          日まで	□□□□□□□□	

以下は事  
**必ず事業主の方が記入して下さい。**

事業主記入欄	令和4年 4月 10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	▲▲県●●市■町1丁目2番3号	
	事業所名称	(株) 国保サービス	
	事業主氏名	国保 花子	
担当者氏名	国保 三郎	電話番号	123-456-7890