国民健康保険傷病手当金支給申請書（被保険者記入用）

同 意 書

（宛先）小金井市長

私は傷病手当金の支給決定を行うにあたり、小金井市長が関係機関（事業主・医療機関等）に対して、必要な情報の照会や確認することに同意します。

令和　　年　　月　　日

被保険者住所

被保険者氏名　　㊞

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への相談日 **（※相談した場合に記入）**	令和　　年　　月　　日 （　　時頃）
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		令和　　年　　月　　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） ③症状及び期間 （※右から該当するものを選択してください。）		□ 発熱や咳などの症状があった（　年　月　日～　月　日） □ 強いだるさ（倦怠感）があった（　年　月　日～　月　日） □ 息苦しさ（呼吸困難）があった（　年　月　日～　月　日） □ その他（　年　月　日～　月　日） （　　）	
④療養のために休んだ期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	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）によらない休暇や勤務予定がなかった日は除く。）	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　　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。	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	（給与等の額：円） □□□□□□□

（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	令和　　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　　㊞		
担当者氏名		電話番号	