# 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 2 年 6 月 0 日
　被保険者住所　東京都小金井市□□町1－2－3
　被保険者氏名　国保　二郎　㊞国保

| | | | |
|---|---|---|---|
| 被保険者氏名 | 国保　二郎 | | |
| 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 | 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 2 年 3 月 13 日<br>令和　年　月　日<br>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）<br>□ 強いだるさ（倦怠感）があった（　年　月　日～　月　日）<br>□ 息苦しさ（呼吸困難）があった（　年　月　日～　月　日）<br>□ その他（　年　月　日～　月　日）<br>（　） | | |
| ④療養のために休んだ期間 | 令和 2 年 3 月 10 日から<br>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。） | 10 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<br>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<br>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。<br>事業所所在地<br>事業所名称<br>事業主氏名　㊞ | | |
| 担当者氏名 | | 電話番号 | |