新型コロナウイルス感染症に係る 国民健康保険傷病手当金支給申請書（被保険者記入用）

記入例

同　意　書

茅ヶ崎市長

茅ヶ崎市国民健康保険条例に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、茅ヶ崎市国民健康保険が関係諸機関（事業主・医療機関・前加入保険者・官公署等）に対して、必要な情報の照会を行うこと、また関係諸機関が茅ヶ崎市国民健康保険に回答することに同意します。

また照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とします。

令和　2年　4月　24日

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

帰国者・接触者相談センターに電話等が出来なかった時は必ず記入してください。

相談できなかった場合はその理由（「○」を付けてください）

1. 高熱・呼吸困難の症状がひどく、電話できる状態ではなかった
2. 何度も電話したが、通話中で繋がらなかった（　　月　　日）
3. その他（　　）

①医療機関の受診状況		1. 受診した　　2. 受診していない		
②医療機関の受診日と名称（①で「受診した」と回答した場合に記入）	受診日	令和　2年　3月　13日	名称	国保総合病院
	受診日	令和　年　月　日	名称	
	受診日	令和　年　月　日	名称	
③症状（具体的に）（①で「受診していない」と回答した場合に記入）				

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	④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？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、その給与等の支払の対象となった（なる）期間と、給与等の額	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	（給与等の額：円） ※右詰めで記入してください。

（上記①において「受診していない」と回答した場合は、次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　　㊞

医療機関を受診していない場合は、事業主の証明が必要です。

事業所担当者氏名		事業所担当者電話番号	（　　）

捨印

修正が必要になった場合のために、捨印の押印をお願いします。