記　入　例

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	
		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（R2 年3月10日～ 3月 15日） ■ 強いだるさ（倦怠感）があった（R2年3 月10日～3月20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 2 年 3 月 10 日から	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
	令和 2 年 3 月 27 日まで		
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 2 年 6 月 0 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　東京都小金井市■■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　事業主　太郎　株式会社国保サービス㊞		
担当者氏名	事業主　花子	電話番号	042－×××－××××