

様式第4号（第14条関係）

年 月 日

奥州市長 宛

住所

氏名

㊟

国民健康保険傷病手当金支給申請書（被保険者記入用）

国民健康保険傷病手当金の支給に係る申請に当たって、次の内容について相違ないことを証明します。

症状が出た日	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	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)		年 月 日	
②医療機関の受診日		年 月 日	
(①で「受診していない」と回答した場合)		年 月 日	
③症状 (期間などを具体的に記入してください。)			
④療養のために休んだ期間	年 月 日から 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を受けた又は今後受けられますか。	1 はい 2 いいえ		
⑦⑥で「はい」と回答した場合、その給与等の額及び支払の対象となる又は対象となった期間を記入してください。	年 月 日から 年 月 日まで	給与等の額	円
(①で「受診していない」と回答した場合) 上記③から⑦までの内容については、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)