

亘理町国民健康保険傷病手当金支給確認書①(被保険者記入用)

被保険者氏名	国保 次郎
--------	-------

症状が出た日	令和3年 3月 1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3年 3月 1日 (14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 3年 3月 2日										
	年 月 日										
	年 月 日										
(①で「受診していない」と回答した場合) ③症状(期間などを具体的に)											
③療養のために休んだ期間	令和3年 3月 1日から 令和3年 3月 30日まで	④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。	30日								
⑤ 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										
⑥ ⑤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。	年 月 日から	(給与等の額:円)									
	年 月 日まで	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>									

(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	年 月 日
	上記③～⑥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 仙台市△△区○○□□番地
	事業所名称 ○△□株式会社
事業主氏名 代表取締役 ○○ △△	
担当者氏名	電話番号