

傷病手当金請求書(被保険者記入用)

| | |
|--------|--|
| 被保険者氏名 | |
|--------|--|

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ①医療機関の受診状況 ※受診した場合に記入 | | 受診医療機関： | | | | | | | | | |
| | | 受診日：令和 年 月 日 | | | | | | | | | |
| ② 症 状 等 | 症状が出た日 令和 年 月 日 | 症 状 等 を 具 体 的 に 記 入 し て く だ さ い | 期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日 症状： | | | | | | | | |
| | 帰国者・接触者相談センターへの相談日 (相談した場合記入) 令和 年 月 日 | | 期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日 症状： | | | | | | | | |
| | 陽性が判明した場合 判明日 令和 年 月 日 | | 期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日 症状： | | | | | | | | |
| | 保健所の療養指示 令和 年 月 日 まで | | 期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日 症状： | | | | | | | | |
| ※感染・療養状況の分かる書類がある場合は、写しをあわせて提出してください。 例) My HER-SYSの画面の写し | | | | | | | | | | | |
| ③療養のために 休んだ期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 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。) | 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。 | 令和 年 月 日から | (給与等の額:円) | | | | | | | | | |
| | 令和 年 月 日まで | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| ⑦ この請求書により支給申請を行う 傷病手当金について、労働基準法等 による休業補償等 ^{※1} 、健康保険法等 によるこれに相当する給付 ^{※2} を受け ていますか。 | 1. はい 2. いいえ | | | | | | | | | | |
| | 1. はい の場合 | | | | | | | | | | |
| | 円 (金額の確認できる資料を提出してください。) | | | | | | | | | | |

※1 労働基準法の規定による休業補償、労働者災害補償保険法の規定による休業補償又はこれらに相当する補償。

※2 健康保険法、船員保険法、国家公務員共済組合法、地方公務員等共済組合法又は高齢者医療確保法の規定による、新型コロナウイルス感染症に感染した被保険者等に係る傷病手当金に相当する給付。

(「傷病手当金請求書(医療機関記入用)」がない場合や「傷病手当金請求書(医療機関記入用)」で証明ができない期間がある場合は、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 | <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>上記②～⑦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。</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名</p> | | |
| 担当者氏名 | | 電話番号 | |