

大阪市国民健康保険傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

被保険者氏名

★最下部の「事業主記入欄」があります。様式3とともに事業主の方の証明が必要です。

<input type="checkbox"/> 帰国者・接触者相談センター <input type="checkbox"/> 保健所・保健福祉センター への相談日 <small>※相談した場合に記入</small>		令和 年 月 日 (時頃)	
①医療機関の受診状況		<input type="checkbox"/> 1. 受診した <input type="checkbox"/> 2. 受診していない	
(①で「受診した」と回答した場合)		令和 年 月 日	
②医療機関の受診日		令和 年 月 日	
③症状に関すること			
(1)症状の有無	<input type="checkbox"/> 1. 症状が出た(発熱・せき・倦怠感など)	(2)症状が出た日	令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 2. 症状は出なかった	(3)症状	<input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 発熱 (度) <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 3. 症状はなく、濃厚接触者となった			
(4)検査実施日(PCR検査・抗原検査・血液検査など)		(5)検査結果日	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
令和 年 月 日・ 月 日		令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
(6)保健所からの就業制限期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
(7)その他 記載事項(※上記③(6)と下記④の期間が異なる場合は理由を詳しく記入してください。記入が無い場合は、③(6)の期間を基準にし、支給額を計算します。なお、理由の記入により全ての期間が対象となるものではありません。)			
④療養のために休んだ期間		⑤左記期間のうち、勤務ができず無給となった日数(※様式3の①と同日数を記入)	
令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	(日) (有給休暇の日数) 日 <small>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。</small>	
(仕事の有無にかかわらず、病気を治すために休んだ期間)			
⑥ 上記の療養のために休んだ期間に給与等(休業手当含)の支払いを受けましたか。または、今後受けられますか。		<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	
⑦ ⑥で「はい」と回答した場合、その給与等(休業手当含)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[休業手当含]の額:円)
		令和 年 月 日まで	<input type="text"/>

(下記の事業主記入欄について、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)、④～⑦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			
(印)			
担当者氏名	電話番号		