

新型コロナ 傷病手当金 医療機関受診及び労務休の状況 (被保険者記入用)

記入例

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10日 (午前 11 時頃) ・相談していない								
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 12 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(期間などを具体的に)	・風邪の症状 ・37.5℃以上の発熱が4日以上続いている ・強いだるさ(倦怠感)や息苦しさ(呼吸困難)がある ・その他()										
③療養のために休んだ期間	令和2年3月10日から 令和2年3月27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。)	7日 (3日以内の場合、傷病手当対象外)								
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"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>									

(本人 記入欄)

(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 5 月 12 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		
	事業所所在地	いなべ市 員弁町 笠田新田 111番地	
	事業所名称	株式会社 いなべ	
事業主氏名	代表取締役 いなべ 太郎		
担当者氏名	いなべ 花子	電話番号	0594-86-7850

(事業所 記入欄)