

新型コロナウイルス感染症に係る
中野区国民健康保険傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

記号番号	14—		被保険者氏名																														
症状が出た日	年	月	日	帰国者・接触者相談センター又は かかりつけ医への相談日																													
			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																														
②医療機関の受診日 (①で「受診した」と回答 した場合)	年	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																														
	年	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																														
	年	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																														
③症状(期間などを具体的に)																																	
④療養のために 休んだ期間	年	月	日から	⑤左記期間のうち、勤務ができなかった日数	日																												
	年	月	日まで	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。																													
⑥	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																													
⑦	⑥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" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <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>																													

☐ 申請内容の審査のため、中野区が事業主・療養行為を行った者等に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

事業主記入欄	年 月 日		
	上記③～⑦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。		
	事業所の所在地		
	事業所の名称		
事業主の氏名		印	
担当者氏名	電話番号		