

国民健康保険傷病手当金支給申請書（被保険者記入用）

同意書

大磯町長 殿

大磯町国民健康保険条例に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、大磯町国民健康保険が関係諸機関(事業主・医療機関・前加入保険者・官公署等)に対して、必要な情報の照会を行うこと、また関係諸機関が大磯町国民健康保険に回答することに同意します。

また、照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とします。

年 月 日

被保険者氏名

症状が出た日	令和 年 月 日	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 (時頃)
帰国者・接触者相談センターへ相談できなかった場合はその理由 (「○」を付けてください)		1. 高熱・呼吸困難の症状がひどく、電話できる状態ではなかった 2. 何度も電話したが、通話中で繋がらなかった (月 日) 3. その他()	
① 帰国者・接触者外来の受診状況		1. 受診した	2. 受診していない
(①で「受診した」と答えた場合)		令和 年 月 日	
② 医療機関の受診日		令和 年 月 日	
(①で「受診していない」と答えた場合)		令和 年 月 日	
③ 症状(機関などを具体的に)			
④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	⑤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
⑥ ④の療養のために休んだ期間に給与等の支払を受けましたか。 または、今後受けられますか。		1. はい	2. いいえ
⑦ ⑥で「はい」と答えた場合、その給与等の収入の額と、その支払い対象となった(なる)期間をご記入ください。		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (給与等の額)	円
⑧ ④の療養のために休んだ期間に対し、給与等の補償のための給付を受けましたか。または、今後受けられますか。		1. はい	2. いいえ ※「はい」の場合、支払い証明等を添付してください。

(裏面に続く)

⑨ ⑧で「はい」回答した場合、その制度名と金額をご記入ください。	制度名： 受給(予定)金額 _____ 円
----------------------------------	--------------------------

(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 年 月 日		
	上記④～⑧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	_____		
担当者氏名		電話番号	