

国民健康保険傷病手当金被保険者申立書兼同意書

申立書			
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 ※相談した場合に記入	令和 年 月 日 (時頃)
帰国者・接触者相談センターへの 相談内容と指示内容 ※相談した場合に記入 ※相談していない場合は、その理由を記入			
①	医療機関の受診状況	1. 受診した	2. 受診していない
②	(①で「受診した」と回答した場合) 医療機関の受診日と医療機関名	受診日 令和 年 月 日	医療機関名
		受診日 令和 年 月 日	医療機関名
		受診日 令和 年 月 日	医療機関名
		受診日 令和 年 月 日	医療機関名
③	PCR検査の検査状況	1. 検査した	2. 検査していない
④	(①で「受診していない」と回答した場合) 症状(具体的に) ※濃厚接触者の場合は、その旨を記入		
⑤	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	⑥ 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
⑦	上記の療養のために休んだ期間に 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

(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 年 月 日		
	上記⑤・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	

【 裏面あり 】

同意書

千葉市長

千葉市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、千葉市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、また関係諸機関が千葉市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

被保険者住所

被保険者氏名

