

国民健康保険傷病手当金 休業状況報告書

被保険者氏名	平泉 二郎
--------	-------

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 (午前10時頃)								
①医療機関の受診状況	<input checked="" 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) ②医療機関の受診日	令和 ○年 ○月 ○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)											
③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	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。)	10日								
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 令和 年 月 日まで	(給与等の額:円)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								

(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す。
	事業所所在地 ○○県□□市△△町3丁目2番1号
	事業所名称 (株)国保サービス
事業主氏名 国保 健太 (印)	
担当者氏名 国保 康子	電話番号 987-654-3210