様式第1号の2（第2条関係）

長与町国民健康保険傷病手当金支給申請書（被保険者記入用）

被保険者氏名	長与 太郎

症状が出た日	令和 4 年 7 月 9 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4年7月10日 （午前11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	
（①で「受診した」と回答した場合） ②医療機関の受診日		令和 4 年 7 月 10 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 4 年 7 月 10 日から 令和 4 年 7 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）	7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　　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）

（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 4 年 8 月 10 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　長与町□□郷〇〇番地 事業所名称　株式会社 〇〇〇 事業主氏名　〇〇〇〇　㊞		
担当者氏名	〇〇〇〇	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇