

国民健康保険傷病手当金支給申請書

年 月 日

石岡市長 宛

申請者（世帯主）住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

次のとおり申請します。

被 保 険 者 情 報	被保険者 記号・番号		世帯主氏名	
	(フリガナ) 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所			
	感染等の状況	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症に感染した。 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者とされた。 <input type="checkbox"/> その他（具体的な状況を記入） （ ）		
	症状が出た日又は濃厚接触者とされた日	年 月 日	帰国者・接触者相談センターへの相談日	年 月 日 (時頃)
	所管保健所名		受診した医療機関名	病院・医院 (年 月 日初診)
	休養を指示された期間	年 月 日から 年 月 日まで	勤務ができなかった期間及び日数	年 月 日から 年 月 日まで (日間)
	上記のうち給与が支給されなかった日数		日間	