

新型コロナウイルス感染症傷病手当金支給申請書（被用者組合員記入用）

（ 地域）

| | | | |
|---|----------------------|---------|------|
| 被用者組合員氏名 | | 被保険者証番号 | 富建 ー |
| 生年月日 | 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 | | |
| 住所 | 〒 ー | | |
| <p>富山建設国民健康保険組合理事長 殿</p> <p>必要な書類を添えて申請します。</p> <p>なお、支給金の受領方を _____ 地域建築組合長 _____ 印 に委任します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>(申請)組合員氏名 _____ 印</p> | | | |

(添付書類)

- ・新型コロナウイルス感染症傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)・・・【様式第70号-①】
- ・新型コロナウイルス感染症傷病手当金支給申請書(事業主記入用)・・・【様式第70号-②】
- ・新型コロナウイルス感染症傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)・・・【様式第70号-③】

| 理事長 | 常務理事 | 事務局長 | 合 議 | 主務者 | 支給決定額 | 受付欄 |
|-----|------|------|-----|-----|-------|-----|
| | | | | | 円 | |
| | | | | | 支給年月日 | |
| | | | | | 年 月 日 | |

新型コロナウイルス感染症傷病手当金支給申請書 (被用者組合員記入用)

| | | | | |
|----------|--|---------|----|---|
| 被用者組合員氏名 | | 被保険者証番号 | 富建 | — |
|----------|--|---------|----|---|

| | | | |
|--|---|----------------------------------|---------------------|
| 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) |
| 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 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) | 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 | | |
| ⑥⑤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)期間を記入してください。 | 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 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 | | |
| | 事業所名 | | |
| | 事業主氏名 | 印 | |
| | 担当者氏名 | | 電話番号 |

新型コロナウイルス感染症傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------------|-------------|----|----------|---|----|------|----|----|----|----|-------|----------|----|----|----|-------|-------|---|
| 医療機関担当者が意見を記入するところ | 患者氏名 | | | 被保険者証番号 | 富建 ー | | | | | | | | | | | | | | |
| | 傷病名 | | | 初診日 | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 発病年月日 | 令和 年 月 日 | | 発病の原因 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 労務不能と認められた期間 | 令和 年 月 日 から | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 令和 年 月 日 まで | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | うち、入院期間 | 令和 年 月 日 から | | 療養費用の種類別 | <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 令和 年 月 日 まで | | 転帰 | <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医() | | | | | | | | | | | | | | |
| | 診療日及び入院していた日を○で囲んでください。 | 令和 年 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 診療実日数 | |
| | | | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| | | 令和 年 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 診療実日数 | |
| | | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 | |
| | 令和 年 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 診療実日数 | | |
| | | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 | |
| 上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 手術年月日 | 令和 年 月 日 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 退院年月日 | 令和 年 月 日 | | | | | | |
| 症状経過から見て従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>上記のとおり相違ありません。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関の所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関の名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師の氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師の氏名 | | | | | | 印 | 電話番号 | | | | | | | | | | | | |