

(事業主・一人親方等)

処理決裁	支部受付	国保受付	審査	係長	課長	事務局(次)長	常務理事	専務理事	送金
支部名	支部								

新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金支給申請書

(組合員記入用)

保険証番号	玉306・()	生年月日	昭和 平成	年	月	日
組合員	氏名	印				
	住所	電話 ()				
新型コロナウイルス感染症(疑い含む)により、仕事ができなかった期間と日数を記入してください。						
令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間						
●振込先は、私の一部負担払戻金の払い戻し指定口座にしてください。						
注意▷ 相続人が申請される場合は、振込先を確定するため別に書類が必要です。						
上記のとおり申請します。						
令和 年 月 日						
埼玉土建国民健康保険組合 理事長 殿						

下欄は国保組合の審査欄ですから、組合員は記入をしないでください。

保険者記入欄	支給決定区分	第・特 種					日額	円
	入院	令和 年 月 日から	年 月 日までの	日分	日額	円		
	自宅	令和 年 月 日から	年 月 日までの	日分	日額	円		
						合計	円	

新型コロナウイルス感染症に係る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			保険証番号	玉306・()	
	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 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	診療 実日数	日	
		令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	診療 実日数	日	
		令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	診療 実日数	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職種について労務不能と認められた医学的な所見						
令和 年 月 日						
上記のとおり相違ありません。						
医療機関の所在地						
医療機関の名称						
医師の氏名						
⑩ 電話番号						