

国民健康保険傷病手当金支給申請書 (被保険者記入用)

Formulário de Solicitação do Auxílio Doença (a ser preenchido pelo segurado)

被保険者氏名	Nome do segurado 国保 二郎		
症状が出た日	Data de surgimento de sintomas 令和2年3月10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	Data consulta com o Kikokusha Sesshokusha Soudan Center *Anotar caso tenha se consultado 令和2年3月13日 (午前11時頃)
①医療機関の受診状況	Consulta em instituição médica Consultei 1. 受診した Não consultei 2. 受診していない		
①「受診した」と回答した場合 ②医療機関の受診日	Caso tenha respondido [Consultei] na pergunta ①, anotar a data da consulta. 令和 2 年 3 月 13 日 令和 年 月 日 令和 年 月 日		
①「受診していない」と回答した場合 ③症状(具体的に)	Caso tenha respondido [Não consultei], na pergunta ②, anotar os sintomas (detalhadamente)		
③療養のために休んだ期間 devido ao tratamento médico	De 令和2年3月10日から Até 令和2年3月27日まで	④左記期間のうち、勤務ができなかった日数 Número de dias no período ao lado em que não pôde trabalhar (exceto dias de folga e os que não estavam previstos para trabalhar)	7日
⑤ 上記の療養のために休んだ期間 Recebeu salário referente aos dias que não pôde trabalhar no período acima?	1. Sim はい 2. Não いいえ		
⑥ Se respondeu SIM na pergunta ⑤ 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。	Anote o período alvo do salário e o valor do salário (給与等の額:円) 令和 年 月 日から De 令和 年 月 日まで Até		

(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
	事業所名称
事業主氏名	É necessário solicitar o preenchimento deste quadro ao empregador, caso tenha respondido na pergunta ①, que não se consultou.
担当者氏名	電話番号

