

国民健康保険傷病手当金支給申請書 (被保険者記入用)

Formulario de Solicitud del Subsidio por Lesiones o Enfermedades del Seguro Nacional de Salud
(para ser llenado por el asegurado)

被保険者氏名	国保 二郎 Nombre del Asegurado
--------	----------------------------

症状が出た日	Fecha de aparición de los síntomas 令和2年3月10日	Fecha de consulta en el "Kikokusha Sesshokusha Soudan Center" *Escribir en caso de haber consultado 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2年3月13日 (午前11時頃)
①医療機関の受診状況	Consulta en una institución médica	Consulté 1. 受診した	No consulté 2. 受診していない
②医療機関の受診日	Escribir en (2) las fechas de las consultas (en caso de haber respondido "consulté" en (1)) (①で「受診した」と回答した場合)	令和 2 年 3 月 13 日	
	②医療機関の受診日	令和 年 月 日	
	②医療機関の受診日	令和 年 月 日	
③症状(具体的に)	(①で「受診していない」と回答した場合)	Síntomas (detallar) [escribir en caso de haber respondido "no consulté" en (1)]	
③療養のために休んだ期間	Período que no trabajó Desde 令和2年3月10日から Hasta 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 días en que no pudo trabajar dentro del período anotado a la izquierda (excepto los días de descanso o aquellos que no estaban previsto para trabajar).	7日
⑤	上記の療養のために休んだ期間 ¿En el período que no trabajó, escrito arriba, recibió el pago de salario u otros? O	1. Si はい	2. No 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。escribir el importe del salario, u otros y el período por el que se pagó (se pagará).	Anotar el período destinado al pago del salario e importe (給与等の額:円) 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	

(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	Ⓜ
担当者氏名	電話番号