

申請書提出事前チェック表

このチェック表は世帯主が確認し、申請書と一緒に提出してください。

確認欄

世帯主記入用	・申請者は世帯主になっていますか	<input type="checkbox"/>
	・支給先の口座は世帯主の口座になっていますか。 世帯主以外の方の口座の場合、【受取代理人の欄】が記入されていますか	<input type="checkbox"/>
	・振込先には、金融機関コードが記入されていますか	<input type="checkbox"/>
	・日中連絡のとれる電話番号は記入されていますか	<input type="checkbox"/>
	・世帯主の押印はされていますか	<input type="checkbox"/>
被保険者記入用	・①医療機関を受診している場合、医療機関記入用の書類はありますか	<input type="checkbox"/>
	・②医療機関の受診日はすべて記入されていますか	<input type="checkbox"/>
	・④療養のために休んだ期間に誤りはありませんか	<input type="checkbox"/>
	・⑤勤務ができなかった日数は、待機期間の3日マイナスしていますか	<input type="checkbox"/>
	・④の日数には、有給の日は入っていませんか	<input type="checkbox"/>
	・⑥給与の支払いの有無について、事業主に確認しましたか	<input type="checkbox"/>
	・医療機関を受診していない場合、下段の事業主記入欄に記入されていますか	<input type="checkbox"/>
事業主記入用	・①は休業した日のうち、無給の日のみ記載されていますか	<input type="checkbox"/>
	・②の内容について、有給・無給に間違いはありませんか	<input type="checkbox"/>
	・②の右欄の日数には、有給の日のみが記入されていますか	<input type="checkbox"/>
	・賃金の内訳は実際に支給された給与と相違ありませんか	<input type="checkbox"/>
	・事業主の証明欄に記入漏れ、押印漏れはありませんか	<input type="checkbox"/>
	・記入した内容を訂正した場合、訂正印の押印はありますか	<input type="checkbox"/>
医療機関記入用	・患者（被保険者）の情報は正しく記入されていますか	<input type="checkbox"/>
	・労務不能と判断された期間、入院期間、受診日等の記載に誤りはありませんか	<input type="checkbox"/>
	・医療機関の証明欄に記入漏れ、押印漏れはありませんか	<input type="checkbox"/>
	・記入した内容を訂正した場合、訂正印の押印はありますか	<input type="checkbox"/>