

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

被 保 険 者 情 報	被保険者番号	01234567		被保険者証の番号を ご記入ください。								
	(フリガナ)	コウイキ タロウ		生年月日	大正 昭和 15 年 1 月 1 日							
	氏名	広域 太郎										
住所	〇〇市〇〇町1丁目2番3号											
振 込 先	金融機関 名称	後期		銀行・信金・信組 農協・信漁連 その他()		中央 本店 支店・出張所		※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入				
	預金別	普通・当座 その他()		口座番号 (右詰め)		1	2	3	4	5	6	
	口座名義(カタカナ)	コ	ウ	イ	キ	ハ	ナ	コ				
※左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1字として、姓と名の間は一字空けてください。												
(あて先) 三重県後期高齢者医療広域連合長 上記のとおり申請します。 令和 2年 4月 15日 申請者 住所 〇〇市〇〇町1丁目2番3号 氏名 広域 太郎 電話番号 012-3456-7890												

【受取代理人の欄】 被保険者名義以外の口座への振込を希望する場合は、記入が必要です。

被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 2年 4月 15日	
	氏名 広域 太郎	住所 〇〇市〇〇町1丁目2番3号
代理人 (口座名義人)	〒 123 - 4567	被保険者との関係
	〇〇市〇〇町1丁目2番3号	
	(フリガナ) コウイキ ハナコ	妻
氏名 広域 花子		

保険者 記入欄	支給決定額
	円

市町確認欄		
受付者	届出人(本人・代理人)	備考
	各種免許証() 住基カード・保険証 その他()	

広域連合 確認欄



後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

被保険者氏名	広域 太郎
--------	-------

症状が出た日	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	令和 2年 3月 13日 (午前11時頃)
①医療機関の受診状況	<input checked="" type="radio"/> 1. 受診した <input type="radio"/> 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 2年 3月 13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)			
④療養のために 休んだ期間	令和 2年 3月 10日から 令和 2年 3月 27日まで	⑤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(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 日は除きます。 ※支給対象となるのは、右記の日数から3日を控除した 日数です。	10日
⑥ ④の期間に、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。	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ		
⑦ ⑥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。	令和 年 月 日から	(給与等の額:円)	
	令和 年 月 日まで	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

(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③～⑦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 (署名又は押印)	事業所の担当者氏名を ご記入ください。	事業所の電話番号を ご記入ください。 印
担当者氏名		電話番号	

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(事業主記入用)

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

被保険者氏名		広域 太郎																	
①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)により、労務に服することができなかった期間の属する月における勤務状況 上記の事由による無給休暇の日数を×で表示してください。			左記の事由による 無給休暇の日数																
令和 2 年 3 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	×	×	×	×	14	15				
	16	17	18	×	×	×	×	22	23	24	×	×	×	28	29	30	31		
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			
②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)により、労務に服することができなかった期間の属する月の直近3か月の勤務状況 【出勤は○】、【有給休暇は△】、【上記の事由による無給休暇は×】、【その他の休暇(賃金が生じる)は=】、【その他の休暇(賃金が生じない)は/】でそれぞれ表示してください。			賃金が生じた日数の計 (○、△、= の計)																
令和 元年 12 月	1	2	○	4	5	6	7	○	9	10	11	12	○	△	15				
	16	17	18	19	△	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
令和 2 年 1 月	1	2	3	4	5	△	7	○	9	10	11	12	○	13	14	15			
	16	17	18	○	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
令和 2 年 2 月	1	○	3	4	5	6	○	8	9	10	△	12	13	○	14	15			
	△	16	17	18	○	19	20	21	22	23	24	25	26	○	27	28	29	30	31
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			
②の期間に対して、賃金を支払いましたか?		<input checked="" type="radio"/> 1. はい <input type="radio"/> 2. いいえ		給与の種類 <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input checked="" type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他	賃金計算 締日 毎月末 日 支払日 <input checked="" type="radio"/> 1. 当月 <input checked="" type="radio"/> 2. 翌月 25 日														
②の期間の課税対象となる賃金支給状況をご記入ください。ただし、期末勤勉手当(賞与)は除く。																			
事業主が証明するところ 支給した賃金内訳	期間	単価(円)	12月 1日 ~ 12月 31日 分			1月 1日 ~ 1月 31日 分			2月 1日 ~ 2月 29日 分										
	区分		(A) 支給額(円)			(B) 支給額(円)			(C) 支給額(円)										
	基本給	100000	900000	800000	1000000														
	時給																		
	手当																		
	手当																		
	手当																		
	現物給与																		
計		900000	800000	1000000															
			賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)			270000円													
備考																			
令和 ○年 ○月 ○日																			
上記のとおり相違ないことを証明します。																			
事業所所在地		○○市△△町○番地																	
事業所名称		○○○○○○○○																	
事業主氏名(署名又は押印)		○○ ○○		印															
担当者氏名	△△ △△		電話番号	000-000-0000															

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)

患者氏名	広城 太郎		
傷病名	新型コロナウイルス感染症による呼吸器疾患(肺炎)	初診日	令和 2 年 3 月 10 日
発病年月日	令和 2 年 3 月 10 日		
労務不能と認められた期間	令和 2 年 3 月 10 日から		発病の原因 不詳
	令和 2 年 3 月 31 日まで		
うち、入院期間	令和 2 年 3 月 10 日から		療養費用の種別 <input type="checkbox"/> 国保 <input checked="" type="checkbox"/> 公費(感染症) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他
	令和 2 年 3 月 31 日まで		転帰 <input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医
医療機関担当者が意見を記入するところ 診療日及び入院していた日を○で囲んでください。	令和 2 年 3 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 22 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)			
新型コロナ感染症の感染の疑いのため、3/10初診。検査の結果陽性であり、肺炎の症状がみられたため同日から入院。2週間程度で症状の改善が見られ、3/31に実施した検査において陰性となったため退院。		手術年月日	令和 年 月 日
		退院年月日	令和 2 年 3 月 31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			
肺炎の症状の改善後も感染拡大防止の観点から、検査が陰性となるまでは入院が必要であったため、入院期間は労務不能と判断した。			
令和 2 年 4 月 〇 日			
上記のとおり相違ありません。			
医療機関の所在地 ○〇市〇〇町〇番〇号			
医療機関の名称 ○〇病院			
医師の氏名 (署名又は押印) ○〇 ○〇 ⑩ 電話番号 000-000-0000			