

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	
--------	--

症状が出た日	令和 年 月 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 年 月 日 (時頃)						
①医療機関の受診状況		1. 受診した 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 年 月 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 年 月 日から	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日を差し引いた 日数です。	日						
	令和 年 月 日まで								
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。	1. はい 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	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>						

(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 _____ (印)
担当者氏名	電話番号