

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 3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 3年 3月 10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 3年 3月 10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 3年 3月 10日から 令和 3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。	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 令和 年 月 日まで	(給与等の額:円) <input type="text"/> <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	医療機関を受診していない場合のみ、記入してください。	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 _____		
担当者氏名		電話番号