様式第1号の2（第2条関係）

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	受診・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 令和　　年　　月　　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。	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　　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） □□□□□□□

（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
担当者氏名	電話番号