

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	受診・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		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 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	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					
	令和 3年 3月 27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><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></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	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	