

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書②（被保険者記入用）

被保険者氏名	
--------	--

症状が出た日		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	
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		
	年 月 日		
	年 月 日		
(①で「受診していない」と回答した場合) ③ 症状(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(発熱等の症状があり 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く。)	日
⑥ 上記の療養のために休んだ期間に 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) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>	

(上記⑥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	<div style="text-align: right;">年 月 日</div> <p>上記④～⑦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。</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名 (印)</p>
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②（被保険者記入用）

被保険者氏名	後期 太郎
--------	-------

症状が出た日	平成32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 年 月 日 年 月 日										
(①で「受診していない」と回答した場合) ③ 症状(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(発熱等の症状があり 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く。)	7日								
⑥ 上記の療養のために休んだ期間に 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	(給与等の額:円)									
	令和 年 月 日まで	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>									

(上記⑦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	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">年 月 日</div> <p>上記④～⑦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。</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名 Ⓜ</p>
担当者氏名	電話番号