

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	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	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	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（期間などを具体的に）			
③療養のために休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで	④左記期間のうち、勤務ができなかった日数 <small>（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。）</small>	日
⑤ 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		
⑥ ⑤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。	年 月 日から 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	年 月 日
	上記③～⑥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

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（被保険者記入用）

記入例

被保険者氏名	後期 太郎
--------	-------

症状が出た日	令和4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4年3月13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4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（期間などを具体的に）											
③療養のために休んだ期間	令和4年3月10日から 令和4年3月27日まで	④左記期間のうち、勤務ができなかった日数 <small>（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。）</small>	7日								
⑤ 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										
⑥ ⑤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。	年	月	日から (給与等の額：円)								
	年	月	日まで								
			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <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	<p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>上記③～⑥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	