

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 | 後期 太郎 |
|--------|-------|

| | | | |
|--|---|--|-----------------------|
| 症状が出た日 | 令和2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 | | |
| | 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(具体的に) | | | |
| ③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 | ④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 |
| 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。 | <input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ | | |
| ⑥⑤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 | <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 | 令和 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 (印) |
| 担当者氏名 | 電話番号 |