

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

後期 太郎

被保険者記入欄	症状が出た日	令和2年3月12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	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 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(期間などを具体的に)										
	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							
⑥④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										
⑦⑥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="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	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	<b style="color: red;">医療機関を受診していない場合は、 事業主からの証明をもらってください。	
	事業所名称		
事業主氏名	(印)		
担当者氏名		電話番号	