

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	
--------	--

被 保 険 者 記 入 欄	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)										
	④療養のために 休んだ期間	年 月 日から	⑤左記期間のうち、勤務ができなかった日数		日						
年 月 日まで		(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。)									
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 style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></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	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	