

## 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3年 4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3年 4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3年    4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3年 3月 20日から  令和3年 3月 29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。             )	10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 <input checked="" type="radio"/> 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)									
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <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