

# 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2年4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 4 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4月10日から  令和2年4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。	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。	令和    年    月    日から	(給与等の額:円)									
	令和    年    月    日まで	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </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③～⑥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	