

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(被保険者記入用 その2)

被保険者氏名					
症状が出た日	令和 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	令和 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		令和 年 月 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 年 月 日から	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。)		日	
	令和 年 月 日まで				
⑥	上記の療養のために休んだ期間に 給与等の支払を受けましたか。 又は今後受けられますか。	1. はい 2. いいえ			
⑦	⑥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			

(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④～⑦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				印
担当者氏名				電話番号	

※ 名称変更等により、「帰国者・接触者相談センター」は、「医療機関(かかりつけ医等)、又は発熱等受診・相談センター等」へ読み替えてください。