

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書 (被保険者記入用②)

|   |   |   |                |
|---|---|---|----------------|
| 被保険者氏名  |   |   |                |
| 症状が出た日  | 年 月 日                                   | 帰国者・接触者相談センター<br>への相談日<br>※相談した場合に記入  | 年 月 日<br>( 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)<br>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)<br>③症状 (期間などを具体的に)                       |   |   |                |
| ③療養のために<br>休んだ期間  | 年 月 日から<br>年 月 日まで                      | ④左記期間のうち、勤務ができなかった日数<br>(<br>新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染<br>が疑われる場合を含む)によらない休暇や勤務予定<br>がなかった日は除く。) | 日              |
| ⑤ 上記の療養のために休んだ期間に<br>給与等の支払いを受けましたか。<br>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<br>等の額と、その報酬支払の対象となった<br>(なる)期間をご記入ください。 | 年 月 日から<br>年 月 日まで                      | (給与等の額：円)<br>□ □ □ □ □ □ □ □  |                |

(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<br>記入<br>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  |
|                | ⑩  |
| 担当者氏名          | 電話番号   |

記入例

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書 (被保険者記入用②)

|   |  |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者氏名  | 後期 太郎  |  | 医療機関を受診した場合           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 症状が出た日  | 令和 2年3月10日   | 帰国者・接触者相談センター<br>への相談日<br>※相談した場合に記入   | 令和2年3月13日<br>(午前11時頃) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ①医療機関の受診状況  | <input checked="" type="radio"/> 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)<br>②医療機関の受診日                                | 令和2年3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)<br>③症状 (期間などを具体的に)                       | 医療機関の証明書中「労務不能と認められた期間」と一致している必要があります。                                   |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ③療養のために<br>休んだ期間  | 令和2年3月10日から  | ④左記期間のうち、勤務ができなかった日数<br>新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染<br>が疑われる場合を含む)によらない休暇や勤務予定<br>がなかった日は除く。  | 7日                    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 令和2年3月31日から  |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ⑤ 上記の療養のために休んだ期間に<br>給与等の支払いを受けましたか。<br>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<br>等の額と、その報酬支払の対象となった<br>(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 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<br>記入<br>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 <span style="float: right;">㊟</span>      |
| 担当者氏名          | 電話番号  |

記入例

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書 (被保険者記入用②)

|   |   |   |       |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|---|-------|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者氏名  | 後期 太郎   |   |       | 医療機関を受診していない場合 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 症状が出た日  | 令和 2年3月10日  | 帰国者・接触者相談センター<br>への相談日<br>※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 <input type="radio"/> 2. 受診していない <input checked="" type="radio"/>   |   |       |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (①で「受診した」と回答した場合)<br>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)<br>③症状 (期間などを具体的に)<br>※書ききれない場合は別紙でも可。   | 3/10に発熱(38.0℃)・せき・倦怠感あり。<br>3/13~17は37.0~37.3℃の微熱が続き、3/18以降は平熱になっ<br>たが、せきが残っていたので市販薬を服用のうえ自宅療養し、<br>3/27に症状はなくなった。 |   |       |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ③療養のために<br>休んだ期間  | 令和2年3月10日から<br>令和2年3月27日まで  | ④左記期間のうち、勤務ができなかった日数<br>(新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染<br>が疑われる場合を含む)によらない休暇や勤務予定<br>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<br>給与等の支払いを受けましたか。<br>または、今後受けられますか。        | 1. はい <input type="radio"/> 2. いいえ <input checked="" type="radio"/>   |   |       |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ⑥ ⑤で「はい」と回答した場合、その給与<br>等の額と、その報酬支払の対象となった<br>(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 border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <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2年6月15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   | XX県〇〇市△△町1-2-3 |              |  |  |  |
|        | 事業所名称  | □□株式会社         |              |  |  |  |
| 事業主氏名  | 埼玉 一郎  |                |              |  |  |  |
|        | <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">                 ( 代 事<br/>表 業<br/>者 主<br/>印 印 )             </div> |                |              |  |  |  |
| 担当者氏名  | 健康 二郎  | 電話番号           | 000-111-2222 |  |  |  |