

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（被保険者記入用）

被保険者情報	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8									
	(フリガナ)	コウキ タロウ			生年月日	大正昭和 ○○年 ○○月 ○○日					
	氏名	後期 太郎									
	住所	本巢市○○○123番地									
振込先	金融機関名称	後期 <small>銀行・金庫・信組・ 農協・漁協・ その他（ ）</small>			本巢 <small>本店・支店・店 出張所・本店営業部・ 本所・支所・ その他（ ）</small>						
	預金別	普通・当座・ その他（ ）		口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	口座名義 (カタカナ)	コ	ウ	キ	タ	ロ	ウ				
<p>※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入</p> <p>※左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1字として、姓と名の間は一字空けてください。</p>											
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和△△年 △△月 △△日</p> <p>岐阜県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>申請者 郵便番号 1 2 3 - 4 5 6 7</p> <p>住所 本巢市○○○123番地</p> <p>氏名 後期 太郎</p> <p>電話番号 ○○○-□□□-△△△△</p>											

【受取代理人の欄】（被保険者以外の方が受領する場合は、記入が必要です。）

被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		年 月 日
	住所		
代理人 (口座名義人)	氏名	この委任欄については以下のとおりです。	
	〒	<ul style="list-style-type: none"> 申請者は被保険者本人⇒記載なし 申請者は相続人（被保険者死亡）⇒代理人欄のみ記載必要 申請者は被保険者以外（被保険者存命）⇒記載必要※ 	
	(フリガナ)	※この場合は被保険者氏名に押印願います	
	氏名	関係	

保険者 記入欄	支給決定額
	円

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 9月 1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 <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) 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）	38度を超える発熱が続き、咳が出ることもあり呼吸が苦しかった。		
③療養のために休んだ期間	令和3年 9月 1日から 令和3年 9月 10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。）	8 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 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	(給与等の額：円)	
	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 ○○市○○町○-○		
	事業所名称 ○○株式会社		
事業主氏名 代表取締役 ○○ ○○※	医療機関に受診している場合、この事業主記入欄は記載なし。		
	※事業主の署名以外は記名押印してください		
担当者氏名	人事部 ○○ ○○	電話番号	□□□-□□□-□□□□

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（事業主記入用）

労務に服することができなかつた期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

被保険者氏名		後期 太郎			
①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）により、労務に服することができなかつた期間の属する月における勤務状況 上記の事由による無給休暇の日数を×で表示してください。		左記の事由による 無給休暇の日数			
令和3年 9月	× × × 4 5 × × × × × 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	8 日			
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31				
②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）により、労務に服することができなかつた期間の属する月の直近3か月の勤務状況 【出勤は○】、【有給休暇は△】、【上記の事由による無給休暇は×】、【その他の休暇（賃金が生じる）は＝】、【その他の休暇（賃金が生じない）は／】でそれぞれ表示してください。		賃金が生じた日数の計 （○、△、＝ の計）			
令和3年 6月	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛	22 日			
令和3年 7月	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛	20 日			
令和3年 8月	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛	21 日			
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31				
②の期間に対して、賃金を支払いましたか？		<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	給与の種類 <input type="checkbox"/> 月給 <input checked="" type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他		
		賃金計算	締日 月末 日 支払日 1. 当月 21 日 2. 翌月		
②の期間の課税対象となる賃金支給状況をご記入ください。ただし、期末勤働手当（賞与）は除く。					
事業主が証明するところ	期間区分	単価（円）	6月 1日～6月 30日 分 (A) 支給額（円）	7月 1日～7月 31日 分 (B) 支給額（円）	8月 1日～8月 31日 分 (C) 支給額（円）
	基本給	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□
	時給	□□□□ 870	□□□□ 153120	□□□□ 139200	□□□□ 146160
	通勤手当	□□□□ 3000	□□□□ 3000	□□□□ 3000	□□□□ 3000
	手当	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□
	手当	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□
	手当	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□
	現物給与	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□
	計	□□□□□□	□□□□ 156120	□□□□ 142200	□□□□ 149160
			賃金支給総額（上記（A）～（C）の合計）	□□□□ 447480 円	
賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）についてご記入ください。 1日8時間勤務（休憩時間除く）					
令和 △△年 △△月 △△日					
上記のとおり相違ないことを証明します。					
事業所所在地		○○市○○町○-○			
事業所名称		○○株式会社			
事業主氏名		代表取締役 ○○ ○○※		※事業主の署名以外は記名押印してください	
担当氏名		人事部 ○○ ○○		電話番号 □□□-□□□-□□□□	

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名	後期 太郎																			
	傷病名	新型コロナウイルス感染症	初診日	令和3年	9月	2日															
	発病年月日	令和3年	9月	1日																	
	労務不能と認められた期間	令和3年	9月	1日から	発病の原因	不明															
		令和3年	9月	10日まで																	
	うち、入院期間	令和3年	9月	2日から	療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input checked="" type="checkbox"/> 公費 () <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他															
		令和3年	9月	9日まで	転帰	<input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医															
	診療日及び入院していた日を○で囲んでください。	令和3年	9月	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨	10	11	12	13	14	15	診療実日数	9	日								
		年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療実日数		日
		年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療実日数		日
上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しく）																					
38度を超える発熱が続き、空咳を何度も確認したため、新型コロナウイルス感染症の疑いで検査も兼ねて入院。検査結果は陰性であり、熱も1週間ほどで下がったため、退院とした。				手術年月日	年 月 日																
				退院年月日	令和3年 9月 9日																
症状経過から見て従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見																					
結果的には過労による症状であったが、入院当初は新型コロナウイルス感染症症状に類していたため、感染拡大防止の観点より労務不能と判断した。																					
令和 △△年 △△月 △△日																					
上記のとおり相違ありません。																					
医療機関の所在地	〇〇市〇〇町〇-〇																				
医療機関の名称	〇〇病院																				
医師の氏名	〇〇 〇〇				電話番号	□□□-□□□-□□□□															