

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 への相談日 ※相談した場合に記入	令和 2年 3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                      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 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) 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 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  (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								
	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 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		(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

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 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) ※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。 3/13~17は37.0~37.3℃の微熱が続き、3/18以降は平熱になっ 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、 3/27に症状はなくなった。													
③療養のために 休んだ期間	令和2年3月10日から 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 (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 <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	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><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			
担当者氏名	健康 二郎	電話番号	000-111-2222	