

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	後期 太郎
--------	-------

症状が出た日	令和 2 年 3 月 10 日から	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	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)											
④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	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。)	7日								
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	<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。