

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																			
	(フリガナ)																			
	氏名		生年月日	大正 昭和	年	月	日													
住所																				
振 込 先	金融機関 名称	銀行・金庫・信組・ 農協・漁協・ その他（ ）						本店・支店・ 出張所・本店営業部・ 本所・支所 その他（ ） <small>※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入</small>												
	預金別	普通・当座・ その他（ ）				口座番号														
	口座名義 (カタカナ)																			
	<small>※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。</small>																			
<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 style="text-align: right;">申請者 郵便番号</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">氏 名 ㊞</p> <p style="text-align: right;">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。 令和 年 月 日																			
	氏名	㊞										住所								
代 理 人 (口 座 名 義 人)	〒 —																			
	(フリガナ)																			
	氏名	㊞										被保険者との関係								

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	
--------	--

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いを受けましたか。または、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" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><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	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
	⑩
担当者氏名	電話番号