

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	01234567									
	(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	△△県〇〇市□□町1丁目2番3号									
振込先	金融機関名称	後期 銀行・金庫・信組・ 農協・漁協・ その他（ ）			中央 本店・支店・ 出張所・本店営業部・ 本所・支所 その他（ ）						
	預金別	普通・当座・ その他（ ）		口座番号	0	1	2	3	4	5	6
	口座名義 (カタカナ)	コ	ウ	キ	タ	ロ	ウ				
※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。											
上記のとおり申請します。 令和 ●●年●●月●●日 岐阜県後期高齢者医療広域連合長 様 申請者 郵便番号 123-4567 住所 △△県〇〇市□□町1丁目2番3号 氏名 後期 太郎 電話番号 □□□-□□□-□□□□											

【受取代理人の欄】

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										
	住所										
代理人	氏名	この委任欄については、申請者が保険者本人の場合は記入不要です									
	(フリガナ)										
	氏名										

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 4 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 4 年 3 月 10 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 4 年 3 月 10 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 4 年 3 月 10 日から 令和 4 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 <small>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。</small>	10 日
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 令和 年 月 日まで	(給与等の額：円) □□□□□□□□	

(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	令和〇〇年〇〇月〇〇日		
	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	岐阜県●●市●●町●●	当面の間、医療機関の証明を 不要としているため 事業主の証明は必要となります。
	事業所名称	〇〇株式会社	
事業主氏名	代表取締役 〇〇 〇〇		
担当者氏名	人事部 〇〇 〇〇	電話番号	□□□-□□□-□□□□