

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			
症状が出た日	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	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	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）			
③療養のために 休んだ期間	年 月 日から 年 月 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。〕	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 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 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	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) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> 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	××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