

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	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() ※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入								
	預金別	普通 ・ 当座 その他()				口座番号												
	口座名義(カタカナ)																	
		※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。 年　　　月　　　日 石川県後期高齢者医療広域連合長　様 住　　　所 申請者氏名 電　話　番　号																		

【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。 年 月 日	
	氏名	住所 ☐ 被保険者情報欄と同じ
代理人 (口座名義人)	〒 ー	
	被保険者との関係	
	(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										
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 (給与等の額:円) 年 月 日まで <table><tr><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	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	