

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													
	氏 名	後期 太郎						生年月日	大正 昭和	15	年	1	月	1	日
	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() ※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				1	2	3	4	5	6	7
	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 2 年 4 月 24 日 住 所 〇〇県△△市□□町1丁目2番3号 電 話 番 号 012-3456-7890 申請者氏名 後期 太郎 石川県後期高齢者医療広域連合長 様															

【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。)

世帯主	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 2 年 4 月 15 日													
	氏名 後期 太郎						住所 同上							
代理人 (口座名義人)	〒123-4567 △△県〇〇市□□町1丁目2番3号													被保険者との関係
	(フリガナ) コウキ ハナコ 氏 名 後期 花子													妻

保険者 記入欄	支給決定額													

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	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 3 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)			
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 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。	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 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		