

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	年 月 日								
		年 月 日	年 月 日								
③症状(当てはまるもの全てに○をつけ、 カッコ内を記入)		1. 発熱・咳・のどの痛み等風邪の症状があった (年 月 日～ 年 月 日頃まで) 2. 高熱がでた (年 月 日～ 年 月 日頃まで) 3. 強いだるさ(倦怠感)や息苦しさ(呼吸困難)があった (年 月 日～ 年 月 日頃まで) 4. 味覚や嗅覚に異常があった (年 月 日～ 年 月 日頃まで) 5. その他()									
④療養のために 休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで	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								
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。	年 月 日から 年 月 日まで	(給与等の額:円) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 150px; height: 20px;"><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	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