

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書 (被保険者記入用①)

受付日
決定日

年 月 日
年 月 日

本人申請受領の場合

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 15 年 1 月 1 日				
	氏名	後期 太郎									
	住所	〇〇市〇〇町1丁目2番3号									
振込先	振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 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		1	2	3	4	5	6	7
	口座名義人 (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。										
埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて 上記のとおり申請します。 令和2年 7 月 1 日 申請者 住所 〇〇市〇〇町1丁目2番3号 氏名 後期 太郎 電話番号 012-3456-7890											

日中、連絡がつく番号をご記入ください。

【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										
	住所										
代理人 (口座名義人)	氏名	Ⓜ									
	(フリガナ)	〒 —									
	氏名	Ⓜ									
											被保険者との関係

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①)

記入例

受付日
決定日

年 月 日
年 月 日

代理人受領の場合

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 15 年 1 月 1 日					
	氏名	後期 太郎						昭和					
住所	〇〇市〇〇町1丁目2番3号												
振込先	振込先	銀行	後期			中央					本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他 ()		
		信用金庫									※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入		
	信用組合									金融機関・支店コード ※記入不要			
	協同組合												
預金別	普通	当座		口座番号			9	8	7	6	5	4	3
口座名義人 (カタカナ)	コウキ		ハナコ										
	※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。												
埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて 上記のとおり申請します。													
令和2年 7 月 1 日													
申請者	住所	〇〇市〇〇町1丁目2番3号											
	氏名	後期 太郎					後期						
	電話番号	012-3456-7890											

同じ印鑑

日中、連絡がつく番号をご記入ください。

【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。										令和2年 7 月 1 日		
	住所	〇〇市〇〇町1丁目2番3号											
	氏名	後期 太郎					後期						
代理人 (口座名義人)	〒	〇〇〇-〇〇〇〇											
		●●市▲▲町4丁目5番6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					後期 花子						子

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②)

被保険者氏名	後期 太郎		医療機関を受診した場合									
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	令和2年3月13日 (午前11時頃)									
①医療機関の受診状況 ※ここで言う「医療機関」とは「帰国者・接触者外来医療機関」を指します。 かかりつけ医を受診しただけの場合は「2. 受診していない」を選択してください。	<input checked="" type="radio"/> 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											
	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)	医療機関の証明書中「労務不能と認められた期間」と一致している必要があります。											
③療養のために 休んだ期間	令和2年3月10日から	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								
	令和2年3月31日から											
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 checked="" type="radio"/> 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 border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <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
	(印)
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"/> ※ここで言う「医療機関」とは「帰国者・接触者外来医療機関」を指します。 かかりつけ医を受診しただけの場合は「2. 受診していない」を選択してください。											
(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									
(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)	3/10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。 ※書ききれない場合は別紙でも可。											
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)										
	年 月 日まで	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><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	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	XX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	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> (代 表 者 印) 事業主印 </div>	
担当者氏名	健康 二郎	電話番号	000-111-2222

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(事業主記入用)

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

被保険者氏名		後期 太郎																						
①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)により、労務に服することができなかった期間の属する月における勤務状況 上記の事由による無給休暇の日数を×で表示してください。														左記の事由による 無給休暇の日数										
令和2年 3月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	×	×	×	×	14	15	10 日							
		16	17	18	×	×	×	22	23	24	×	×	×	28	29	30			31					
年 月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15								
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31							
②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)により、労務に服することができなかった期間の属する月の直近3か月の勤務状況 【出勤は○】、【有給休暇は△】、【上記の事由による無給休暇は×】、【その他の休暇(賃金が生じる)は=】、【その他の休暇(賃金が生じない)は/】でそれぞれ表示してください。														賃金が生じた日数の計 (○、△、= の計)										
令和2年 1月		1	2	○	4	5	6	7	○	9	10	11	12	○	△	15	9 日							
		16	17	18	19	△	20	21	○	22	23	○	24	25	26	○			27	○	28	29	30	31
年 月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15								
		16	17	18	19	○	20	○	21	22	23	24	○	25	○	26	○	27	28	29	30	31		
令和2年 2月		1	2	3	4	5	△	7	○	9	10	11	12	○	13	14	15	8 日						
		16	17	18	19	○	20	○	21	22	23	24	○	25	○	26	○			27	28	29	30	31
年 月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15								
		16	17	18	19	○	20	○	21	22	23	24	○	25	○	26	○	27	28	29	30	31		
令和2年 3月		1	○	3	4	5	6	7	△	9	×	×	×	×	14	15	3 日							
		16	17	18	×	×	×	22	23	24	×	×	×	28	29	30			31					
年 月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15								
		16	17	18	×	×	×	22	23	24	×	×	×	28	29	30	31							
<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> 労務に服することができなかった期間が令和2年3月なので、直近3ヶ月は1月～3月となります。 </div>																								
②の期間に対して、賃金を支払いましたか?		① はい		② いいえ		給与の種類		<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input checked="" type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他		賃金計算		締日		毎月末		日								
										支払日		1. 当月		25		日								
												2. 翌月												
②の期間の課税対象となる賃金支給状況をご記入ください。ただし、期末勤勉手当(賞与)は除く。																								
期間 区分		単価(円)		1月 1日 ~ 1月 31日 分				2月 1日 ~ 2月 29日 分				3月 1日 ~ 3月 31日 分												
				(A) 支給額(円)				(B) 支給額(円)				(C) 支給額(円)												
基本給		10000		90000				80000				30000												
時給																								
手当																								
手当																								
手当																								
現物給与																								
計				90000				80000				30000												
				賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)												200000円								
賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。																								
上記のとおり相違ないことを証明します。 事業所所在地 ××県○○市△△町1-2-3 事業所名称 □□株式会社 事業主氏名 埼玉 一郎																								
令和2年 6月 15日																								
<div style="border: 2px solid red; padding: 10px; display: inline-block;"> (代 事 表 業 者 主 印 印) </div>																								
担当者氏名		健康 二郎						電話番号		000-111-2222														

事業主が証明するところ

後期高齢者医療傷病手当金支給申請医療機関受診等証明書

※申請書(被保険者記入用②)の「医療機関の受診状況」において「1. 受診した」を選択した場合はこの書類が必要です。

医療機関 担当 者が 意見 を 記 入 す る と こ ろ	患者氏名	後期 太郎																
	傷病名	新型コロナウイルス感染症による呼吸器疾患(肺炎)				初診日	令和2 年 3 月 13 日											
	発病年月日	令和2 年 3 月 10 日																
	労務不能と認められた期間	令和2 年 3 月 10 日から				発病の原因	不詳											
		令和2 年 3 月 31 日まで																
	うち、入院期間	令和2 年 3 月 13 日から				療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input checked="" type="checkbox"/> 公費(感染症) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他											
		令和2 年 3 月 31 日まで				転帰	<input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医											
	診療日及び入院していた日を○で囲んでください。	令和2 年 3 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数 19 日
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
		年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数 日
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数 日	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)																		
新型コロナウイルス感染症の感染疑いのため、3/13初診。検査の結果陽性であり、肺炎の症状がみられたため同日から入院。2週間程度で症状の改善が見られ、3/31に実施した検査において陰性となったため退院。												手術年月日	年 月 日					
												退院年月日	令和2 年 3 月 31 日					
症状経過から見て従来職種について労務不能と認められた医学的な所見																		
肺炎の症状の改善後も感染拡大防止の観点から、検査が陰性となるまでは入院が必要であったため、入院期間は労務不能と判断した。																		
令和2 年 6 月 15 日																		
上記のとおり相違ありません。																		
医療機関の所在地		〇〇県××市△△町1-2-3																
医療機関の名称		□□総合病院																
医師の氏名		国保 三郎																
電話番号 000-999-8888																		