

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	(給与等の額：円)										
		年 月 日まで	<table border="1"> <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	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

記入例

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 1 3 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> <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

記入例

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
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。		1. 受診した <input checked="" type="radio"/> 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) ※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 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			

(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○○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