

(表)

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  (本人)	保険者番号	3	9	4	1	2	0	1	0			
	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7			
	(フリガナ)	コウキ タロウ					生年月日	明治 大正 15 年 1 月 1 日 昭和				
	氏名	後期 太郎										
住所	〒 123 - 1234 (電話 0987 - 65 - 4321 ) 〇〇市△△町1234番地											
振 込 先 口 座	金融機関名				預金種目		口座番号(左詰)					
	後期	銀行 金庫 信用組合 農協・漁協	中央	本店 支店 支所 出張所	1 普通 2 当座 4 貯蓄 9 その他	1	2	3	4	5	6	7
	金融機関コード				店舗コード							
	〇	〇	〇	〇	△	△	△	△				
	フリガナ				コウキ ハナコ							
	口座名義人				後期 花子							
佐賀県後期高齢者医療広域連合長 様 上記のとおり申請します。 令和 2年 5月 20日												
(記入された方) 申請者	住所	〒 123 - 1234 (電話 0987 - 65 - 4321 ) 〇〇市△△町1234番地										
	氏名	後期 太郎					被保険者との関係 (本人)					

【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  (本人)	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 5月 20日					
	氏名	後期 太郎					住所	同上				
代 理 人  (口座名義人)	〒 123 - 1234 〇〇市△△町1234番地						被保険者との関係					
	(フリガナ)	コウキ ハナコ					妻					
氏名	後期 花子											

※以下には記入しないでください。裏面の記入をお願いします。

広域連合 記入欄	支給決定額										
	円										

〔市町記入欄〕

市町(支所)名 [ ]	受付日 [ . . ]	受付者名 [ ] ・郵送
申請者確認方法 (右記 番で確認)	①個人番号カード・後期被保証・写真入り身分証明書の提示 ②被保険者からの委任状持参 ③申請勸奨通知・介護保険被保証等複数の公的書類 ④入所施設等職員で写真入り職員証等の提示 ⑤成年後見人等を示す公正証書等の提示 ⑥住所・氏名・生年月日等を申告してもらい住基等で確認 ⑦その他 ( )	

(裏)

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10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										
②医療機関の受診日 (①で「受診した」と回答した場合)	令和 2年 3月 10日										
	令和 年 月 日										
	令和 年 月 日										
③症状(期間などを具体的に) (①で「受診していない」と回答した場合)											
④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31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。)	8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。	令和 年 月 日から  令和 年 月 日まで	(給与等の額:円) <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	令和 年 月 日		
	上記③～⑦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	Ⓜ		
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(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 10 11 12 13 14 15	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	8 日		
令和 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 元年12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	9 日		
令和 2年 1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	8 日		
令和 2年 2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	10 日		
令和 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	日		
②の期間に対して、賃金を支払いましたか?	1. はい	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	
	2. いいえ		支払日 1. 当月 2. 翌月 25 日		
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。					
事業主が証明するところ 支給した賃金内訳	期間	単価(円)	12月1日 ~ 12月31日 分	1月1日 ~ 1月31日 分	2月1日 ~ 2月29日 分
	区分		(A)支給額(円)	(B)支給額(円)	(C)支給額(円)
	基本給	100000	900000	800000	1000000
	時給				
	手当				
	手当				
	手当				
	現物給与				
計		900000	800000	1000000	
			賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計) 270000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。					
令和 2年 5月 14日					
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丁目2番3号					
事業所名称 (株) 後期サービス					
事業主氏名 佐賀 花子					
担当者氏名	佐賀 三郎	電話番号	0987-56-5432		

## 後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)

医療機関 担当者が 意見を記 入するこ 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 10 日
	発病年月日	令和 2 年 3 月 10 日	発病の原因	不詳
	労務不能と 認められた期間	令和 2 年 3 月 10 日から		
		令和 2 年 3 月 31 日まで		
	うち、入院期間	令和 2 年 3 月 10 日から	療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 後期 <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 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	診療 実日数 22 日
		令和 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	診療 実日数 日
		令和 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	診療 実日数 日
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)				
新型コロナ感染症の感染の疑いのため、3/10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	令和 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の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 5 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789番地			
医療機関の名称	後期総合病院			
医師の氏名	広域 四郎	広域 印	電話番号 0123-78-4567	