

## 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		
	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 (令和2年3月8日～令和2年3月15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	令和2年3月10日から 令和2年3月27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。 )	7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) □□□□□□□□	

(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	印
担当者氏名	電話番号