

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書②(被保険者記入用②)

被保険者氏名	
--------	--

症状が出た日	令和 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	令和 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		令和 年 月 日						
		令和 年 月 日						
		令和 年 月 日						
(①で「受診していない」と回答した場合) ③ 症状・受診しなかった理由								
④ 療養のために休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	⑤ ④の期間のうち、4日目以降の勤務ができなかった日数 (勤務予定日に、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)によって休んだ日数)	日					
⑥ ④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、その支払いの対象となった(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 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 150px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 30px;"></td><td style="width: 30px;"></td><td style="width: 30px;"></td><td style="width: 30px;"></td><td style="width: 30px;"></td></tr></table> 円						

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記入欄について、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	Ⓜ		
担当者氏名		電話番号	