

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	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	<input checked="" type="radio"/> 1. 受診した <input type="radio"/> 2. 受診していない		
(①で「受診した」 ② 医療機関の名称	令和 2 年 3 月 13 日		
(①で「受診した」 ③ 症状	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 勤務予定日から3日間連続で休んだ後、4日目以降に勤務予定日を休んだ日数(支給対象日数)を記入してください。 【例】 × = 勤務予定日を休んだ日、公 = 公休。4日目以降の×の日数を記入。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 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 公 公 公 ×⁹ ×¹⁰ ×¹¹ 公 公 公 ×²⁵ ×²⁶ ×²⁷ ×³ 公 公 </div> </div>		
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 ④の期間のうち、4日目以降の勤務がなかった日数 (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)	7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。	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 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	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	(印)	
担当者氏名		電話番号	