

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（被保険者記入用）

被保険者情報	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8										
	(フリガナ)	コウイキ タロウ				生年月日	大正昭和 ○○年 ○○月 ○○日					
	氏名	広域 太郎										
	住所	岐阜市柳津町宮東1丁目1番地										
振込先	金融機関名称	ゆうちょ			銀行・金庫・信組・農協・漁協・その他()		2 4 8			本店・支店・店出張所・本店営業部・本所・支所・その他()		
	預金別	普通・当座・その他()		口座番号		1	2	3	4	5	6	7
	口座名義(カタカナ)	コ	ウ	イ	キ	ハ	ナ	コ				
	※左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1字として、姓と名の間は一字空けてください。											
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和△△年 △△月 △△日</p> <p>岐阜県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>申請者 郵便番号 501-6111</p> <p>住所 岐阜市柳津町宮東1丁目1番地</p> <p>氏名 広域 太郎</p> <p>電話番号 ○○○-□□□-△△△△</p>												

【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。 年 月 日	
	住所	この委任欄については以下のとおりです。 ・申請者は被保険者本人⇒記載なし ・申請者は相続人（被保険者死亡）⇒代理人欄のみ記載必要 ・申請者は被保険者以外（被保険者存命）⇒記載必要
氏名		
代理人(口座名義人)	関係	
(フリガナ)	氏名	

保険者記入欄	支給決定額
	円

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	広域 太郎
--------	-------

症状が出た日	令和 3年 9月 1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）	38度を超える発熱が続き、咳が出ることもあり呼吸が苦しかった。		
③療養のために休んだ期間	令和3年 9月 1日から 令和3年 9月 10日まで	④左記期間のうち、勤務ができなかった日数 <small>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。</small>	8 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	□□□□□□□□	

（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③～⑥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	岐阜市〇〇町〇ー〇	
	事業所名称	〇〇株式会社	
事業主氏名	代表取締役 〇〇 〇〇		
担当者氏名	人事部 〇〇 〇〇	電話番号	□□□-□□□-□□□□

医療機関に受診している場合、この事業主記入欄は記載なし。