第３１号の２様式（その１）（第２５条の２関係）

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			
	（フリガナ） 氏　名		生年月日	大正 昭和　　年　　月　　日
	住　所			
受取口座	□ 被保険者の公金受取口座を利用します。 ※給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、 上記の「□ 被保険者の公金受取口座を利用します。」にチェック（✓）してください。 ※公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載は不要です。			
振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組・ 農協・漁協・ その他（　　）	本店・支店・ 出張所・本店営業部・ 本所・支所 その他（　　） ※ゆうちょ銀行の場合は、３桁の店番を記入	
	預金別	普通・当座・ その他（　　）	口座番号	
	口座名義 （カタカナ）			
		※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。		

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

（あて先）岐阜県後期高齢者医療広域連合長

申請者　郵便番号

住　　所

氏　　名

電話番号

【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。　令和　　年　　月　　日 住所 氏名	
代理人 （口座名義人）	〒　　－	被保険者との関係
	（フリガナ） 氏　名	

保険者記入欄	支給決定額
	円

第３１号の２様式（その２）（第２５条の２関係）

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	

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（期間などを具体的に）			
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。）	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		
担当者氏名		電話番号	