

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	01234567									
	(フリガナ)	コウキ タロウ			生年月日	大正昭和 ○年○月○日					
	氏名	後期 太郎									
	住所	△△県○○市□□町1丁目2番3号									
受取口座	<input type="checkbox"/> 被保険者の公金受取口座を利用 ※給付金等の受取口座として、 上記の「 <input type="checkbox"/> 被保険者の公金 ※公金受取口座を利用する場合	公金受取口座を希望される場合のみ、チェックボックスにチェックを入れてください。その場合、振込先の記入は不要です。 ※「公金受取口座」とはマイナンバーカード作成時等に登録したマイナポータルにて確認できる口座のことです。									
振込先	金融機関名称	後期 銀行・金庫・信組・ 農協・漁協・ その他（ ）			中央 本店・支店・ 出張所・本店営業部・ 本所・支所 その他（ ） <small>※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入</small>						
	預金別	普通・当座・ その他（ ）		口座番号	0	1	2	3	4	5	6
	口座名義 (カタカナ)	コ	ウ	キ	タ	ロ	ウ				
※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 123-4567 住所 △△県○○市□□町1丁目2番3号 氏名 後期 太郎 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	住所	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									
	氏名	この委任欄については、申請者が被保険者本人の場合は記入不要です。									
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	後期 太郎										
症状が出た日	令和 4 年 3 月 24 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 4 年 3 月 24 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 4 年 3 月 24 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 4 年 3 月 24 日から 令和 4 年 3 月 28 日まで	⑤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>	5 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)	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								

（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	令和〇〇年〇〇月〇〇日		
	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	岐阜県●●市●●町●●	当面の間、医療機関の証明を不要としているため事業主記入欄に事業主の証明は必要となります。
	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	□□□-□□□-□□□□