

## 後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（被保険者記入用②）

被保険者氏名			
症状が出た日	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	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)			
④療養のために 休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで	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 又は勤務予定がなかった日は除く。)	日
⑤ 上記の療養のために休んだ期間に 給与等の支払を受けましたか。 又は、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 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	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
	事業所名称
	事業主氏名
	印
担当者氏名	電話番号