

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」と回答した場合)	令和 2 年 3 月 13 日																																																														
(①で「受診した」と回答した場合) ② 医師の診断結果	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。																																																														
(①で「受診した」と回答した場合) ③ 症状	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>×</td><td>×</td><td>公</td><td>×</td><td>公</td><td>公</td> </tr> <tr> <td>公</td><td>公</td><td>公</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>公</td><td>公</td><td>公</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>25</td><td>×</td><td>×</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>28</td><td>29</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>30</td><td>31</td> </tr> </table>			1	2	3	4	5	6	7	8	9	×	×	公	×	公	公	公	公	公	×	×	×	公	公	公	×	×	×	25	×	×														28	29														30	31
1	2	3	4	5	6	7	8	9	×	×	公	×	公	公																																																	
公	公	公	×	×	×	公	公	公	×	×	×	25	×	×																																																	
													28	29																																																	
													30	31																																																	
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	