

# 後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

被保険者番号		生年月日						大正 昭和			年		月		日	
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

住 所 電 話 番 号

(フリガナ)  
申請者氏名 印

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 殿

【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	
	氏名 印	住所
代理人 (口座名義人)	〒 -	
	(フリガナ)	被保険者との関係
	氏名 印	

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	
--------	--

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	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								
	令和 年 月 日まで										
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	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。	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 年 月 日		
	上記③～⑦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	⑩	
担当者氏名		電話番号	

(規則第18条の2関係)

# 後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(事業主記入用)

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

<b>被保険者氏名</b>																
①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)により、労務に服することができなかった期間の属する月における勤務状況 上記の事由による無給休暇の日数を×で表示してください。												左記の事由による 無給休暇の日数				
令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31											日				
令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31															
②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)により、労務に服することができなかった期間の属する月の直近3か月の勤務状況 【出勤は○】、【有給休暇は△】、【上記の事由による無給休暇は×】、【その他の休暇(賃金が生じる)は=】、 【その他の休暇(賃金が生じない)は/】でそれぞれ表示してください。												賃金が生じた日数の計 (○、△、= の計)				
令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31											日				
令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31											日				
令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31											日				
令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31											日				
②の期間に対して、賃金を支払いましたか？		1. はい		給与の種類		賃金計算		締日		日		日				
		2. いいえ												賃金計算		支払日
				賃金計算		賃金計算		支払日		2. 翌月		日				
②の期間の課税対象となる賃金支給状況をご記入ください。ただし、期末勤勉手当(賞与)は除く。																
事業主が証明するところ	期間		単価(円)		月 日 ~		月 日 ~		月 日 ~		(A)支給額(円)		(B)支給額(円)		(C)支給額(円)	
	区分				月 日 分		月 日 分		月 日 分							
	基本給															
	時給															
	手当															
	手当															
	手当															
	手当															
	現物給与															
	計															
賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)										円						
賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。																
令和 年 月 日																
上記のとおり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 <span style="float: right;">(印)</span>																
担当者氏名				電話番号												

# 後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)

医療機関 担当者が 意見を 記入する ところ	患者氏名																																				
	傷病名		初診日	令和	年	月	日																														
	発病年月日	令和	年	月	日	発病の原因																															
	労務不能と 認められた期間	令和	年	月	日から																																
		令和	年	月	日まで																																
	うち、入院期間	令和	年	月	日から	療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 後期	<input type="checkbox"/> 公費( )																													
		令和	年	月	日まで	転帰	<input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 繰越	<input type="checkbox"/> 転医																									
	診療日及び入院 していた日を○で 囲んでください。	令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	診療 実日数	日
		令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	診療 実日数	日
		令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	診療 実日数	日
上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)																																					
				手術年月日	令和	年	月	日																													
				退院年月日	令和	年	月	日																													
症状経過から見て従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見																																					
令和 年 月 日																																					
上記のとおり相違ありません。																																					
医療機関の所在地																																					
医療機関の名称																																					
医師の氏名																																					
⑩ 電話番号																																					

## 後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

被保険者番号	01234567		生年月日	大正昭和 15年1月1日								
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( ) ※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	1	2	3	4	5	6	7	
	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 2年 4月 15日

住所 電話番号 012-3456-7890  
〇〇県△△市□□町1丁目2番3号

(フリガナ) コウキ タロウ  
申請者氏名 後期 太郎

後期印

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 殿

【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 2年 4月 15日	
	氏名 後期 太郎 後期印	住所 同上
代理人 (口座名義人)	〒 123-4567 △△県〇〇市□□町1丁目2番3号	被保険者との関係
	(フリガナ) 氏名 後期 花子 後期印	妻

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) ②医療機関の受診日	令和 2 年 3 月 13 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(具体的に)										
④療養のために休んだ期間	令和2年3月10日から	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。       )	7日							
	令和2年3月27日まで									
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 <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ									
⑦ 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。	令和    年    月    日から	(給与等の額:円)								
	令和    年    月    日まで	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></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    年    月    日
	上記③～⑦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 <span style="float: right;">(印)</span>
担当者氏名	電話番号



# 後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名	後期 太郎																																
	傷病名	新型コロナウイルス感染症による呼吸器疾患(肺炎)	初診日	令和 2 年 3 月 13 日																														
	発病年月日	令和 2 年 3 月 10 日			発病の原因	不詳																												
	労務不能と認められた期間	令和 3 年 3 月 10 日から																																
		令和 3 年 3 月 31 日まで																																
	うち、入院期間	令和 3 年 3 月 10 日から		療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 後期 <input checked="" type="checkbox"/> 公費(感染症) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他																													
		令和 3 年 3 月 31 日まで		転帰	<input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医																													
	診療日及び入院していた日を○で囲んでください。	令和 2 年 3 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	診療実日数 22 日
		令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	診療実日数 日
		令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	診療実日数 日
上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)																																		
新型コロナ感染症の感染の疑いのため、3/10初診。検査の結果陽性であり、肺炎の症状がみられたため同日から入院。2週間程度で症状の改善が見られ、3/31に実施した検査において陰性となったため退院。			手術年月日	令和 年 月 日																														
			退院年月日	令和 2 年 3 月 31 日																														
症状経過から見て従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見																																		
肺炎の症状の改善後も感染拡大防止の観点から、検査が陰性となるまでは入院が必要であったため、入院期間は労務不能と判断した。																																		
令和 年 月 日																																		
上記のとおり相違ありません。																																		
医療機関の所在地																																		
医療機関の名称																																		
医師の氏名		印		電話番号																														