後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

被保险	食者番号									生年月		大正 召和	年		月	日
	金融機関 名称		銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他()					ı	出張所 · 本店営業 本所 · 支所						営業部 所	
振込先	預金別	普: その他	通・当座			口座番号										
	口座名義(カ	※左詰	めで記	入してく	〈ださい。	。濁点、	半濁点	は1字	ことして、タ	姓と名	の間は一	-字空け	てくださ	ځ۱۷،		
上記のとおり申請します。																
令和	年 月	日														
住	所							電言	舌者	备 号						
(フリガ 申請者																
鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 殿																
【受取代理	三人の欄】(初	と 保険者	以外(の方 た	が受令	質する	場合に	ま、記	!入 た	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	代理ノ	人に委任	壬しま?	t.			令和	年	月 E	3	

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	住所				
代理人 ^(口座名義人)	〒 −			被仍	保険者	たの関係
	(フリガナ)					
	氏 名					

保険者	支給決定額
保険者 記入欄	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														
(①で「受診した」と回答した場合)	症状	が出た日	令和	年	月	日	への相談日				令和	年 (月	
(①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日		1)	医療機関の	の受診状	況		1. 受診した 2. 受診していな						:[\	
ででではい」と回答した場合									令和	年	月	E	3	
(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) 中和 年 月 日から (給与等の類とれ、今後受けられますか。 (①で「受診していない」と回答した場合、その給 与等の額と、その報酬をよっな(なる) 財間もできる (ながない) は い な (令和	年	月	E	3	
③症状(期間などを具体的に) 令和 年 月 日から 令和 年 月 日から 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 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(ださい) 令和 年 月 日から (給与等の額:円) ⑦ 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(ださい) 令和 年 月 日から (給与等の額:円)									令和	年	月	E	3	
④療養のために休んだ期間 中和 年 月 日まで 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。 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 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)期間をご記えください。 令和 年 月 日から (給与等の額:円) ⑦ ちゃった(なる)期間をご記えください。 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・														
休んだ期間 令和 年 月 日まで 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。 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 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、別則なご記入ください。 令和 年 月 日から (給与等の額:円) 7 与等の額と、その報酬支払の対象となった。なる、別則なご記入ください。	4頻	療養のために	令和	年	月	日から								
⑥ 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 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、別関表で記えください。 令和年月日から (給与等の額:円)	1	んだ期間	令和	年	月	日まで		感染が疑	われる場合	を含む)に。				
つ つ つ で はい と 回合した 場合、 その 紹 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	6	⑥ 給与等の支払いを受けましたか。						1.	はい		2. い	いえ		
´ たった(たる) 抑悶なご記る / ださい		⑤ではい」と凹合しに場合、ての結					年	月	日から			(給	与等(の額:円)
	\bigcirc					令和	年	月	日まで					

(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。)

				令:	和	年	月	日				
事業主記入欄	上記	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	事業所所在地										
記 入 欄	事業所名称											
	哥	事業主氏名										
担当者氏	氏名			電話番号								

様式第15号 (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。

	被保険者	氏名					
きな	かった期間の属	ス感染症(発熱等の症状) する月における勤務状況 給休暇の日数を× で表		る場合を含む)により	、労務に服することがで	左記の事由による 無給休暇の日数	
令	和 年 月	16 17 18 19	20 21 22 23 2	10 11 12 13 24 25 26 27 2			日
令	和 年 月	1 2 3 4 5 16 17 18 19		10 11 12 13 24 25 26 27 2	14 15 3 29 30 31		
きな 【出	:かった期間の属 勤は〇】、【有給	ス感染症(発熱等の症状) する月の直近3か月の勤 木暇はム】、【上記の事由 えが生じない)は/】でそれ	務状況 による無給休暇は×]、【その他の休暇()		賃金が生じた日数の (〇、△、= の計)	
令	和 年 月	1 2 3 4 5 16 17 18 19		10 11 12 13 24 25 26 27 2	14 15 3 29 30 31		日
令	和 年 月	1 2 3 4 5			日		
令	和 年 月	1 2 3 4 5		10 11 12 13 24 25 26 27 2	14 15 3 29 30 31		日
令	·和 年 月	1 2 3 4 5	6 7 8 9	10 11 12 13 24 25 26 27 2	14 15		日
<u> </u>		1 (+1)	□月給	□ 時間給	締日		日
)期間に対して、 支払いましたか	責 紅	与の 重類 □ 日給月給		日		
51 (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。たれ	だし、期末勤勉手	当(賞与)は除く。	
证 明	期間	₩/ ≖ /□\	月月	日 ~	月日~	月日~	
デ る	区分	単価(円)	月 (A)支	日 分 給額(円)	月 日 分 (B)支給額(円	月 日 分 (C)支給額(円	
<u>-</u>	基本給						
3	時 給					_	
支給	手当						
し	手当						
た賃	手当		$\neg \mid \sqcap \top$				
金内			$\exists \mid \exists \top$				
訳	現物給与						
	計		╡╽╠╈				
			<u> </u>			-)	円
	賃金計算方法	长(欠勤控除計算方法等				<u> </u>	<u>]' ' </u>
1	- 上記のとおり 事業所所で	相違ないことを証り E地	別します。		令和	年 月 日	
	事業所名						
	事業主氏						
	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)

	患者氏名											
	傷病名				初診日	令和	年	月	П			
	発病年月日	令和	年	月	日							
	労務不能と	令和	年	月	日から	発病の原因						
	認めた期間	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	□ 後期 □ 公費(□ 自費 □ そのff)			
医	プラ、八川州田	令和	年	月	日まで	転帰	□ 治癒 □ 繰越	口中止口転医				
療機関		令和 年	月 月 16	2 3 17 18	4 5 6 7 8 19 20 21 22 2	9 10 11 1		15 診療 実日数	В			
役担当者が意見を記入するところ	診療日及び入院 していた日を〇で 囲んでください。	令和 年	月 月 16	2 3 17 18	4 5 6 7 8 19 20 21 22 2	9 10 11 1		15 診療実日数	日			
		令和 年	月 月 16	2 3 17 18	4 5 6 7 8 19 20 21 22 2	9 10 11 1		15 診療実日数	В			
を記	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)											
入する						手術年月日	令和	年 月				
ところ						退院年月日	令和	年 月	П			
	症状経過から見	見て従来の職	雑種につい	ハて労務	不能と認められる	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	6 .									
	医療機関の所	玍地										
	医療機関の名	尓										
	医師の氏名					電話番号						

年度分 後期高齢者医療簡易申告書

鹿児	息島県		高齢者図 申告書に			- 宛 年度後期高	高齢者医	療保	険料算気		年 礎となり		日提出	
			様分の											
		年	月	日かり	ò	年	月	日	までの	1 年間	の収入			
									職	業				
氏		名								=1.				
			(生年月	日)	年	三 月	日生_		電	話				
現	住	所							世	帯主の.	氏名及び	続柄)		
1	所	得。	金額等	<u></u> 동										
所	得の種	重類	(A)	収入金額			要経費	<u>t</u> y)	©所得	金額(備	考		
営		業			円			田			円			
不	動	産			円			円			円			
農		業			円			円			円			
専行	専従者控除		/	円							、動産,農業の 費の内数			
給		与			円 円									
専行	逆者 給	与			円						※給与収入額の内数			
年		金			円							※遺族年金・障害年金 等非課税年金を除く		
譲		渡			円			円			円	※下記②欄に必要事項 を記入してください		
そ					円			円			円			
の他							円			円				
2	譲渡	度所得	上に関する	5事項										
	資	産の種			を取得	した年月日譲渡した年			年月日 特別控			除の特例等		
1 2		地建物の他の	物等 の資産								奥買換・収 の他(7用・居住	E用財産)	
([合わせ先	E)										

00000000000

T000-000

住 所 00000000000

電話番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇