

(表)
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												
	(フリガナ) 氏名							生年月日	大正 昭和	年	月	日	
	住所	〒											
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()					
	金融機関コード												
	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、濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字空けてください。												
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>福島県後期高齢者医療広域連合長</p> <p>〒 住 所 電 話 番 号 申 請 者 氏 名</p> <p style="text-align: center;">印</p>													

【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。年 月 日										
	住所 氏名	印									
代 理 人 <small>(口座名義人)</small>	住所	被保険者との関係									
	(フリガナ) 氏名	印									

保 険 者 記 入 欄	支給決定額
	円

(裏)
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	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記入)											
③療養のために休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで	④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								
⑤ 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										
⑥ ⑤で「はい」と回答した場合、その給与 等額と、その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	(給与等の額:円)									
	年 月 日まで	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></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、下記の事業主記入欄について、事業主の証明が必要です。)

事業主記入欄	<p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>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。</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名 ⑧</p>
担当者氏名	電話番号