

(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)

被保険者証の番号を必ず記入してください

被 保 険 者 情 報	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7								
	(フリガナ)	コウイキ タロウ								生年月日	大正昭和 15年 1月 1日						
	氏名	広域 太郎															
住所	福島県いわき市平字梅本21番地																
振 込 先	金融機関 名称	後期						いわき									
		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()									
	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)	コウイキ				シロウ											
上記のとおり申請します。 令和 2 年 5 月 21 日 福島県後期高齢者医療広域連合長 〒 970-8686 住 所 いわき市平字梅本21番地 電 話 番 号 0246-22-1111 申 請 者 氏 名 広域 太郎																	
被保険者本人の口座を記入 被保険者以外の方が受領する場 合は、受取代理人の口座を記入																	
被保険者の住所、氏名、 電話番号(連絡の取り やすい番号)を記入																	
被保険者の印鑑 を押印																	

【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 5 月 20 日					
	住所	いわき市平字梅本21番地								氏名		広域 太郎				
代 理 人 (口 座 名 義 人)	〒 970-8686 住所 いわき市平字梅本21番地										被保険者との関係					
	(フリガナ)	コウイキ ジロウ										受取代理人の 氏名押印				
	氏名	広域 次郎														

保 険 者 記 入 欄	支給決定額														
	(保険者記入欄のため記入不要) 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	広域 太郎
--------	--------------

該当がなければ記入
は不要です。

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	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 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(期間などを具体的に)	①で受診していないと回答した場合 (具体的に) ・風の症状や37.5℃が2日以上続いている ・強いだるさや息苦しさがある		
③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 31 日まで	④左記期間のうち、勤務ができなかった日数 <small>(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。)</small>	10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)	

(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 2 年 5 月 20 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	いわき市〇〇町△△丁目××番地	
	事業所名称	(株)広域サービス	
事業主氏名	福島 一郎	印 	
担当者氏名	福島 二郎	電話番号	0246-00-XXXX

上記①で医療機関を「②
受診していない」と回答
した場合は、必ず事業主
に記入・押印いただいた
うえで提出してください。