

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書①(被保険者記入用)

(新型コロナウイルス感染症に感染したとき又は発熱等の症状があり当該感染症の感染が疑われるときに限ります。)

| | | | | | | | |
|--------|-------------|--------------------------------|------|------|-----------------|---|---|
| 被保険者情報 | 被保険者番号 | | | | | | |
| | (フリガナ) | | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | 氏名 | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | |
| 振込先 | 金融機関名称 | 銀行・信用金庫 信用組合・協同組合 その他() | | | 本店・支店 その他() | | |
| | 預金種別 | 普通・当座 その他() | 口座番号 | | | | |
| | 口座名義人(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1字空けてください。

上記のとおり申請します。また、申請書②、③及び④の内容について、事業主又は医療機関に対し広域連合長又は受付市町村長が確認することに同意します。

年 月 日

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住所

氏名

印

連絡先

【委任欄】被保険者以外が申請する場合及び被保険者以外の口座に振込を希望される場合は、以下の欄にも記入・押印をしてください。

| | | | |
|----------------|--|----|----------------|
| 代理人 (口座名義人) | 〒 | — | 被保険者との関係 |
| | (フリガナ) | | |
| | 氏名 | | 印 |
| 被保険者 | 私は次の権限を上記の代理人に委任します(該当するものにレ点をつけてください)。 | | |
| | <input type="checkbox"/> この申請書における傷病手当金の申請及び事業主又は医療機関への内容確認同意に関すること。 <input type="checkbox"/> この申請に基づく傷病手当金の受領に関すること。 | | |
| | 氏名 | 住所 | 年 月 日 |
| | | 印 | 住所 □被保険者情報欄と同じ |

| | | |
|--------|-------|---|
| 保険者記入欄 | 支給決定額 | |
| | | 円 |

必要書類

申請書① 申請者が記入する。

申請書② 申請者が記入する。

(受診なしの時は事業主の証明が必要)

申請書③ 事業主が記入する。

申請書④ 医療機関が記入する。

(受診なしの場合は不要)

市区町村確認欄

広域連合確認欄

| | | | | | |
|----|--|----|--|----|--|
| 受付 | | 入力 | | 確認 | |
|----|--|----|--|----|--|

| | | | |
|----|--|----|--|
| 確認 | | 訂正 | |
|----|--|----|--|

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)

(新型コロナウイルス感染症に感染したとき又は発熱等の症状があり当該感染症の感染が疑われるときに限ります。)

| | | | | | | | | |
|--------|--|---|---|----------------------------------|--------|--|--|-----------|
| 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 時頃) | 日 | |
| ① | 医療機関の受診状況 | | | 1. 受診した | | 2. 受診していない | | |
| | 1 | (①で「受診した」と回答した場合) | | | 年 | | 月 | 日 |
| | | 医療機関の受診日 | | | 年 | | 月 | 日 |
| | | | 年 | | 月 | 日 | | |
| ② | 2 | (①で「受診していない」と回答した場合) 症状(期間などを具体的に) | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| ③ | 療養のために 休んだ期間 | | 年 | 月 | 日から | 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 |
| | | | 年 | 月 | 日まで | | | |
| | | | | | | | | |
| 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。 | | | 年 | 月 | 日から | (給与等の額:円) |
| | | | 年 | 月 | 日まで | <input style="width: 100px; height: 20px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/> | | |
| ⑦ | 上記の療養のために休んだ期間に他の健康 保険(船員保険、国民健康保険、共済組合、 他の後期高齢者医療を含む)から同一の事 由による給付を受けましたか。または、今後 受けられますか。 | | | 1. はい | | 2. いいえ | | |
| | | | | (対象期間 年 月 日から 年 月 日) | | | | |

(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 | 年 月 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 | | |
| 事業所名称 | | | |
| 事業主氏名 | | | 印 |
| 担当者氏名 | 連絡先 | | |

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書③(事業主記入用)

(新型コロナウイルス感染症に感染したとき又は発熱等の症状があり当該感染症の感染が疑われるときに限ります。)

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 | | | | | |
| 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 | | | |
| 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 | | | |
| 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) | | | |
| 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 | | | |
| 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 | | | |
| 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 | | | |
| 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 | | | |
| 事業主が証明するところ | ②の期間に対して、賃金を支払いましたか? | 1. はい 2. いいえ | 給与の種類 <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他 | 賃金計算 締日 支払日 1. 当月 2. 翌月 | |
| | 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。 | | | | |
| 支給した賃金内訳 | 期間 区分 | 単価(円) | 月 日 ~ 月 日 分 | 月 日 ~ 月 日 分 | 月 日 ~ 月 日 分 |
| | | | (A)支給額(円) | (B)支給額(円) | (C)支給額(円) |
| | 基本給 | | | | |
| | 時給 | | | | |
| | 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。 | | | | | |
| 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 (印) | | | | | |
| 担当者氏名 | | 連絡先 | | | |

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書④(医療機関記入用)

(新型コロナウイルス感染症に感染したとき又は発熱等の症状があり当該感染症の感染が疑われるときに限ります。)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|---------|---|----|-------|-------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----------|-----------|-----------|---|
| 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 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 発病年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | 発病の原因 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 労務不能と認められた期間 | 年 月 日から | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 年 月 日まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | うち、入院期間 | 年 月 日から | | | | | | | | | | 療養費用の種別 | <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 年 月 日まで | | | | | | | | | | 転帰 | <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。 | 年 月 | <table style="width: 100%; text-align: center; font-size: small;"> <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>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 |
| | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 年 月 | <table style="width: 100%; text-align: center; font-size: small;"> <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>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 | <table style="width: 100%; text-align: center; font-size: small;"> <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>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 退院年月日 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 ㊞ 連絡先 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |