

記入例

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（被保険者記入用①）

被保険者情報	被保険者番号	01234567						
	氏名	広域 太郎			生年月日	昭和 18 年 8 月 1 日		
振込先の口座情報を記入してください		銀行 信用金庫 信用組合・協同組合 ()	岡山				本店・支店 ()	
振込先			預金種別	普通 ()	当座 ()	口座番号 左詰記載して下さい		1 2 3 4 5 6 7
		口座名義 (カタカナ)	コウイキ 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。								
上記のとおり関係書類を添えて後期高齢者医療の傷病手当金の支給を申請します。								
令和 2 年 5 月 18 日		岡山県後期高齢者医療広域連合長 様						
申請者 (被保険者)		住所 岡山市北区今二丁目2番1号						
		氏名 広域 太郎 印						
		電話番号 086-245-0090						
申請者（被保険者）の、住所・氏名・電話番号の記入及び印鑑の押印をお願いします。								

【委任状】※申請者と口座名義人が異なる場合にご記入ください。

申請者 (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
	住所	被保険者本人名義の口座以外を振込先に指定する場合は、記入してください。		印
代理人 (口座名義人)	住所	※印鑑の押印は2か所ありますのでご注意ください。		
	氏名			印
				被保険者との続柄

被保険者氏名	広域 太郎
--------	-------

症状が出た日	令和 2 年 4 月 1 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 4 月 4 日 (午前 10 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 4 月 4 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 2 年 4 月 1 日から 令和 2 年 4 月 17 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。〕	13 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。	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ		
⑦ ⑥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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

(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④～⑦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	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 医療機関を受診していないと回答した場合は、上記内容が事業主 で把握している労務不能の期間等の情報と照らして相違ないこと を確認し、事業所の住所・名称・事業主名の記入及び印鑑の押印 をお願いします。 </div>	
	事業所名称		
事業主氏名	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 証明した事業所の事務担当 者氏名と、連絡先電話番号 を記入してください。 </div>	印	
担当者氏名		電話番号	

記入例

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給与等計算期間の勤務状況及び給与等支払状況等をご記入ください。

被保険者氏名		広域 太郎	
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 2 年 4 月	× × × 4 5 × × × × × 11 12 × × × × × 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	13 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。		給与等が生じた日数の計（○、△、＝の計）	
令和 2 年 1 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)	19 日	
令和 2 年 2 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	18 日	
令和 2 年 3 月	1 (2) (3) △ △ △ 7 8 △ △ △ △ △ 14 15 (16) (17) (18) (19) 20 21 22 (23) (24) (25) (26) (27) 28 29 (30) (31)	21 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、給与等を支払いましたか？	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他	締日 毎月末 日 支払日 1. 当月 2. 翌月 25 日
②の期間の課税対象となる給与等支給状況をご記入ください。ただし、賞与（期末勤勉手当）は除く。			
事業主が証明するところ 支給した給与等内訳	期間 区分	単価（円） 1月1日～1月31日 分 (A) 支給額（円）	2月1日～2月29日 分 (B) 支給額（円）
		3月1日～3月31日 分 (C) 支給額（円）	
基本給	10000	19000	18000
時給			
手当			
手当			
手当			
現物給与			
計		19000	18000
		給与等支給総額（上記(A)～(C)の合計）	
		58000円	
給与等計算方法（欠勤控除計算方法等）についてご記入ください。			
上記のとおり相違ないことを証明します。		令和 2 年 5 月 15 日	
事業所所在地	欠勤分を給与から控除している場合は、その計算方法を記入してください。		
事業所名称			
事業主氏名	事業所の事務担当者氏名と、連絡先電話番号を記入してください。		
担当者氏名	電話番号		印

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名	広域 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 4 月 4 日																															
	発病年月日	令和 2 年 4 月 1 日	発病の原因	不詳																															
	労務不能と認められた期間	令和 2 年 4 月 1 日から 令和 2 年 4 月 17 日まで																																	
	うち入院期間	令和 2 年 4 月 4 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 2 年 4 月 17 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 4 月	<table border="1"> <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 14 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																		
	令和 年 月	<table border="1"> <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																				
令和 年 月	<table border="1"> <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）																																			
新型コロナ感染症の感染の疑いのため、4/4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、4/17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 4 月 17 日																																
症状経過から見て従来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。																																			
上記のとおり相違ありません。		令和 2 年 5 月 1 日																																	
医療機関所在地																																			
医療機関名称																																			
医師の氏名		印	電話番号																																