

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	01234567										
	(フリガナ) 氏名	コウキ タロウ 後期 太郎			生年月日	大正 昭和 15 年 1 月 1 日						
	住所	△△県〇〇市□□町1丁目2番3号										
振 込 先	金融機関名称	後期 <small>銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他()</small>			中央 <small>本店(支店) 出張所・本店営業部 本所・支所 その他()</small>							
	金融機関コード		支店コード		※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入							
	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	キ	ハ	ナ	コ					

※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。

上記のとおり申請します。
令和2年4月28日
住所 〇〇県△△市□□町1丁目2番3号 電話番号 012-3456-7890
申請者氏名 後期 太郎
茨城県後期高齢者医療広域連合長 様
被保険者が死亡した場合、申請者は相続人となります。
振込先が申請者本人の口座の場合、ここまで記入をお願いします。(下の代理人の欄は不要です。)

【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4月28日					
	氏名	後期 太郎	住所	同上		
代 理 人 (口座名義人)	〒123-4567 △△県〇〇市□□町1丁目2番3号		振込先が申請者本人の口座でない場合、この代理人の欄の記入が必要です。		保険者との関係	
	(フリガナ)	コウキ ハナコ	氏名	後期 花子	妻	

保 険 者 記 入 欄	支給決定額

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		後期 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3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	10 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。			賃金が生じた日数の計 (○、△、= の計)		
令和元年12月	1 2 ③ 4 5 6 7 ⑧ 9 10 11 12 ⑬ ⑭△ 15 16 17 18 19 ⑰△ 21 ⑱ ⑲ 24 25 26 ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	9 日			
令和2年1月	1 2 3 4 5 △6 7 ⑧ 9 10 11 12 ⑬ ⑭ 15 16 17 18 ⑰ ⑱ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	8 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 ⑰ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	10 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				
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?	<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	賃金計算 締日 毎月末日 支払日 1. 当月 25 日 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	単価(円)	12月1日 ~ 12月31日 分	1月1日 ~ 1月31日 分	2月1日 ~ 2月29日 分
	区分		(A)支給額(円)	(B)支給額(円)	(C)支給額(円)
	基本給	100000	900000	800000	1000000
	時給				
	手当				
	手当				
	手当				
	現物給与				
計		900000	800000	1000000	
			賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)		
			270000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。					
令和 年 月 日					
上記のとおり相違ないことを証明します。			この様式は勤務先で 記入してもらってください。		
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名					
担当者氏名		(印)			
		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)

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名	後期 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 3 月 13 日											
	発病年月日	令和 2 年 3 月 10 日				発病の原因	不詳											
	労務不能と認められた期間	令和 3 年 3 月 10 日から																
		令和 3 年 3 月 31 日まで																
	うち、入院期間	令和 3 年 3 月 10 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 3 年 3 月 31 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 3 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	⑩	11	12	13	14	15	診療実日数 22 日
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
		令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療実日数 日
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療実日数 日	
		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、3/10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、3/31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 3 月 31 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																		
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。																		
令和 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																		
<div style="border: 1px solid green; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;"> <p style="color: red; margin: 0;">この様式は新型コロナウイルス感染症で診察を受けた医療機関で記入してもらってください。</p> <p style="color: red; margin: 0;">診察を受けていない場合は提出不要です。</p> </div>																		
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> Ⓜ 電話番号 </div>																		