

長崎県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和2年4月28日

長崎県後期高齢者医療広域連合長

田上 富久

長崎県後期高齢者医療広域連合規則第11号

長崎県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例施行規則の一部を改正する規則

長崎県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例施行規則（平成20年長崎県後期高齢者医療広域連合規則第3号）の一部を次のように改正する。

第2条の次に次の1条を加える。

（新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金の支給申請）

第2条の2 条例附則第5条の規定による傷病手当金の支給を受けようとする者は、後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（被保険者記入用）（様式第1号の2）、後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（事業主記入用）（様式第1号の3）又は後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）（様式第1号の4）を広域連合長に提出しなければならない。

様式第1号の次に次の3様式を加える。

様式第1号の2 (第2条の2関係)  
(表)

様式第1号の2(第2条の2関係)

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	明治 大正 昭和	年	月	日
	住所										
振込先	金融機関 名称	銀行・金庫・信託 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( ) <small>*ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入</small>				
	預金別	普通・当座 その他( )		口座番号							
	口座名義(カタカナ)										
<p>※を詰めで記入してください。満点、半満点は1字として、姓と名の間は1字空けてください。</p>											
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所:</p> <p>電話番号: ( ) -</p> <p>申請者氏名: _____ 印 広域連合長 様</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										
	氏名	印					住所				
代理人 (口頭承認)	〒 -										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										



様式第1号の3 (第2条の2関係)

様式第1号の3(第2条の2関係)

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(事業主記入用)

労務に就することができなかった期間を含む賞金計算期間の勤務状況及び賞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、労務に就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職の日数を×で表示してください。												左記の事由による 無給休職の日数					
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
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、労務に就することができなかった期間の属する月の直前5か月の勤務状況 【出勤は○】、【有給休職は△】、【上記の事由による無給休職は×】、【その他の休職(賞金が生じる)は＝】、【その他の休職(賞金が生じない)は/】でそれぞれ表示してください。												賞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	日	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
③の期間に対して、賞金を支払いましたか?		1. はい	給与の種類		賞金計算		総日		支払日		1. 年月		2. 翌月		日		
		2. いいえ															
④の期間の課税対象となる賞金支給状況をご記入ください。ただし、期末勤続手当(賞与)は除く。																	
支給した賞金内訳	期間	単価(円)	月 日 ~			月 日 ~			月 日 ~								
	区分		月 日 分			月 日 分			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																
手当																	
現物給与																	
計																	
			賞金支給総額(上記(A)~(C)の合計)											円			
賞金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。																	
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																	
担当者氏名		電話番号															

様式第1号の4 (第2条の2関係)

様式第1号の4(第2条の2関係)

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																																
	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"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 公費( ) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他																				
		年 月 日まで										経費	<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 補給 <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	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 日数	日														
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			31													
		年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 日数	日														
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 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)																																	
															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																																	
☎ 電話番号																																	

附 則  
この規則は、公布の日から施行する。