

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	09999999										
	(フリガナ)	コウキ タロウ			生年月日	明治 大正 15 年 12 月 31 日 昭和						
	氏名	後期 太郎										
住所	××市〇〇町1番1号											
振込先	金融機関名称	後期高齢 銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他()			中央 本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他() ※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入							
	預金別	普通 その他()	当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	
	口座名義(カタカナ)	コ	ウ	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。										
上記のとおり申請します。 令和3年4月15日 住所: ××市〇〇町1番1号 電話番号: (■■■) ××× - △△△△ 申請者氏名: 後期 太郎 長崎県後期高齢者医療広域連合長 様												

【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3年4月15日	
	氏名 後期 太郎	住所 同上
代理人 (口座名義人)	〒 012-3456 ××市〇〇町1番1号	被保険者との関係
	(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
	円

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	後期 太郎
--------	-------

症状が出た日	令和3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3年3月13日 (午前11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3年3月13日		
	年 月 日		
	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3年3月10日から 令和3年3月27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。	7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。	年 月 日から 年 月 日まで	(給与等の額:円) <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	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
	事業所名称
	事業主氏名
担当者氏名	電話番号