

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)												生年月日	大正 昭和	年	月	日
	氏名																
	住所																
振 込 先	金融機関 名称	銀行・金庫・信組 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() ※ 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												
	口座名義(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、姓と名の間は一字空けてください。																
<p>熊本県後期高齢者医療広域連合長 様 上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所 電話 番 号</p> <p>申請者氏名 (印)</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。 令和 年 月 日													
	氏名	(印)						住所						
代 理 人 (口 座 名 義 人)	〒 -													
	(フリガナ)													
	氏名	(印)						被保険者との関係						

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	
--------	--

症状が出た日	令和 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	令和 年 月 日 (時頃)
① 医療機関の受診状況		1. 受診した 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 年 月 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 年 月 日から 令和 年 月 日まで	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
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。	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	(給与等の額:円) □ □ □ □ □ □ □ □

(上記⑥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⑥～⑥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			⑥
担当者氏名		電話番号	