

①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<br>保<br>険<br>者<br>情<br>報 | 被保険者番号  |                                 |  |  |      |  |  |      |                                 | ※後期高齢者医療<br>被保険者証記載の8桁 |   |   |
|                            | (フリガナ)  |                                 |  |  |      |  |  | 生年月日 | 明治                              | 年                      | 月 | 日 |
|                            | 氏名  |                                 |  |  |      |  |  |      | 大正                              |                        |   |   |
|                            | 住所  |                                 |  |  |      |  |  |      |                                 |                        |   |   |
| 振<br>込<br>先                | 金融機関名   | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>農協<br>( ) |  |  |      |  |  | 支店名  | 本店<br>本店営業部<br>支店<br>出張所<br>( ) |                        |   |   |
|                            |   | 金融機関コード                         |  |  |      |  |  |      | 店舗コード                           |                        |   |   |
|                            | 預金種目  | 普通・当座<br>その他( )                 |  |  | 口座番号 |  |  |      |                                 |                        |   |   |
|                            | (フリガナ)  |                                 |  |  |      |  |  |      |                                 |                        |   |   |
|                            | 口座名義人   |                                 |  |  |      |  |  |      |                                 |                        |   |   |
|                            | 香川県後期高齢者医療広域連合長 殿<br><br>上記のとおり、傷病手当金の支給を申請します。<br><br>年 月 日<br><br>被保険者 (〒 - )<br>(申請者) 住所 _____<br>氏名 _____ 印<br>電話番号 _____ |                                 |  |  |      |  |  |      |                                 |                        |   |   |

【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。

ただし、被保険者が亡くなっている場合は、相続人代表者からの誓約書が必要となります。

|  |                                      |        |  |  |  |  |  |          |   |  |  |  |
|--|--------------------------------------|--------|--|--|--|--|--|----------|---|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>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 |        |  |  |  |  |  |          |   |  |  |  |
|  | 住所                                   | (〒 - ) |  |  |  |  |  | 氏名       | 印 |  |  |  |
| 代<br>理<br>人<br>(口<br>座<br>名<br>義<br>人) | 住所                                   | (〒 - ) |  |  |  |  |  | 被保険者との関係 |   |  |  |  |
|  | 電話番号                                 |        |  |  |  |  |  |          |   |  |  |  |
|  | (フリガナ)                               |        |  |  |  |  |  | 氏名       | 印 |  |  |  |

【市町記入欄】(以下の欄には、記入しないでください。)

|       |   |  |  |  |  |  |  |  |      |
|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|------|
| 支給算定額 | 円   |  |  |  |  |  |  |  | 確認者印 |
| 確認欄   | <input type="checkbox"/> ②申請書 <input type="checkbox"/> ③申請書 <input type="checkbox"/> ④申請書 <input type="checkbox"/> 計算書 <input type="checkbox"/> 誓約書 |  |  |  |  |  |  |  |      |

②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                                | 年 月 日   | 帰国者・接触者相談センターへの相談日<br>※相談した場合に記入   | 年 月 日<br>( 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)<br>②医療機関の受診日         |   | 年 月 日  |                                      |
|                                       |   | 年 月 日  |                                      |
|                                       |   | 年 月 日  |                                      |
| ①で「受診していない」と回答した場合)<br>③症状(期間などを具体的に) |   |  |                                      |
| ④療養のために<br>休んだ期間                      | 年 月 日から   | 左記期間のうち、勤務ができなかった日数<br>(<br>新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり<br>感染が疑われる場合を含む。)によらない休暇又は<br>勤務予定がなかった日は除く。<br>) | 日                                    |
|                                       | 年 月 日まで   |  |                                      |
| ⑤                                     | 上記の療養のために休んだ期間に<br>給与等の支払を受けましたか。<br>又は、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<br>与等の額と、その報酬支払の対象と<br>なった(なる)期間をご記入ください。 | 年 月 日から<br>年 月 日まで   | (給与等の額:円)<br>□□ □□ □□ □□ □□ □□ □□ □□ |

(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③～⑥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。 |
|        | (〒 - )<br>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   |

### ③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  |  |                          |   |                             |                             |
| 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<br>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<br>無給休暇の日数      |   |                             |                             |
| 年 月   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15<br>16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 日                        |   |                             |                             |
| 年 月   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15<br>16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 日                        |   |                             |                             |
| 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<br>【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<br>(○、△、= の計) |   |                             |                             |
| 年 月   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15<br>16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 日                        |   |                             |                             |
| 年 月   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15<br>16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 日                        |   |                             |                             |
| 年 月   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15<br>16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 日                        |   |                             |                             |
| 年 月   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15<br>16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 日                        |   |                             |                             |
| 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?   | 1. はい<br>2. いいえ          | 給与の種類<br><input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給<br><input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給<br><input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他 |                             |                             |
|   | 賃金計算   | 締日<br>支払日                | 日<br>1. 当月<br>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<br>区分   | 単価(円)                    | 月 日 ~<br>月 日 分<br>(A)支給額(円)   | 月 日 ~<br>月 日 分<br>(B)支給額(円) | 月 日 ~<br>月 日 分<br>(C)支給額(円) |
|   | 基本給  | □, □□□, □□□□             | □, □□□, □□□□  | □, □□□, □□□□                | □, □□□, □□□□                |
|   | 時給   | □, □□□, □□□□             | □, □□□, □□□□  | □, □□□, □□□□                | □, □□□, □□□□                |
|   | 手当   | □, □□□, □□□□             | □, □□□, □□□□  | □, □□□, □□□□                | □, □□□, □□□□                |
|   | 手当   | □, □□□, □□□□             | □, □□□, □□□□  | □, □□□, □□□□                | □, □□□, □□□□                |
|   | 手当   | □, □□□, □□□□             | □, □□□, □□□□  | □, □□□, □□□□                | □, □□□, □□□□                |
|   | 現物給与   | □, □□□, □□□□             | □, □□□, □□□□  | □, □□□, □□□□                | □, □□□, □□□□                |
|   | 計  | □, □□□, □□□□             | □, □□□, □□□□  | □, □□□, □□□□                | □, □□□, □□□□                |
|   |  |                          | 賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計) □□□, □□□□, □□□□ 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。   |  |                          |   |                             |                             |
| 年 月 日   |  |                          |   |                             |                             |
| 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 <span style="float: right;">(印)</span>  |  |                          |   |                             |                             |
| 担当者氏名   |  | 電話番号                     |   |                             |                             |

④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 |  | <input type="checkbox"/> 公費( ) |  |                             |  |                             |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |           |  |   |  |
|   |                         |  | 年 月 日まで |  | 転帰                                  |  | <input type="checkbox"/> 自費 |  | <input type="checkbox"/> その他   |  | <input type="checkbox"/> 治癒 |  | <input type="checkbox"/> 中止 |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |           |  |   |  |
|   | 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 |  |                             |  |                                |  |                             |  |                             |  |  |  |  |  |  | 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  | 診療<br>実日数 |  | 日 |  |
|   |                         |  | 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 |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  | 診療<br>実日数 |  | 日 |  |
|   |                         |  | 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 |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  | 診療<br>実日数 |  | 日 |  |
| 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 (印) 電話番号                              |                         |  |         |  |                                     |  |                             |  |                                |  |                             |  |                             |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |           |  |   |  |