

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書  
(被保険者記入用①)

受付印

被保険者情報	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7												
	(フリガナ)	コウキ タロウ							生年月日	大正昭和	15	年	1	月	1	日					
	氏名	後期 太郎																			
	住所	△△県〇〇市〇〇町1丁目2番3号																			
振込先	金融機関名称	後期					銀行	信用金庫	農協	( )	中央					本店	支店	出張所	支所		
	預金種別	普通・当座			口座番号			※金融機関コード													
	口座名義(カタカナ)	コウキ			タロウ			0	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7
	※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。																				
愛媛県後期高齢者医療広域連合長 様 上記のとおり関係書類を添えて後期高齢者医療の傷病手当金の支給を申請します。 令和2年4月15日 申請者 住所 〒123-4567 〇〇県△△市〇〇町1丁目2番3号 氏名 後期 太郎 電話番号 012-3456-7890																					

【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、相続人からの念書が必要となります。

被保険者	住所	被保険者以外の方が被保険者からの委任を受けて受領する場合に記入が必要となります。														年	月	日
	氏名																	
代理人 (口座名義人)	住所	〒 -														被保険者との関係		
	氏名																	

市町 確認欄	<input type="checkbox"/> 申請書(被保険者記入用②)	受付	入力	確認
	<input type="checkbox"/> 申請書(事業主記入用)			
	<input type="checkbox"/> 申請書(医療機関記入用)			
	<input type="checkbox"/> 念書			

# 念書

令和 年 月 日

愛媛県後期高齢者医療広域連合長 様

被保険者が亡くなっている場合は、こちらの念書を同意のうえ、必要事項を記入してください。

死亡者	氏名
相続人	住所
	氏名 <span style="float: right;">⑩</span>
	続柄

令和 年 月 日 の死亡により、後期高齢者医療の傷病手当金申請及び受領について、相続人の間で異議が生じても、私が全責任をもって解決し、愛媛県後期高齢者医療広域連合には一切ご迷惑はおかけいたしません。

# 後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（被保険者記入用②）

被保険者氏名	後期 太郎
--------	-------

症状が出た日	令和 2 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 2 年 3 月 13 日 (午前11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 2 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 2 年 3 月 10 日から  令和 2 年 3 月 27 日まで	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 又は勤務予定がなかった日は除く。 )	10日								
⑤ 上記の療養のために休んだ期間に 給与等の支払を受けましたか。 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 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) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									

(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。
	事業所所在地
	事業所名称
事業主氏名	⑤
担当者氏名	電話番号

医療機関を受診していない場合に、上記内容が事業所  
が把握している内容と相違ないことを事業主に証明して  
もらいます。

# 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給与等計算期間の勤務状況及び給与等支払状況等をご記入ください。

<b>被保険者氏名</b>		<b>後期 太郎</b>																						
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	×	×	×	×	14	15	<b>10</b> 日							
		16	17	18	×	×	×	22	23	24	×	×	×	28	29	30			31					
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(給与等が生じる)は=】、【その他の休暇(給与等が生じない)は/】でそれぞれ表示してください。														給与等が生じた日数の計 (○、△、= の計)										
令和 元 年 12 月		1	2	○	4	5	6	7	○	9	10	11	12	○	△	15	<b>9</b> 日							
		16	17	18	19	△	20	21	○	22	23	24	25	26	○	27			28	29	30	31		
令和 2 年 1 月		1	2	3	4	5	△	6	○	8	9	10	11	12	○	13	○	14	15	<b>8</b> 日				
		16	17	18	○	19	○	20	21	22	23	24	○	25	○	26	27	28	29			30	31	
令和 2 年 2 月		1	○	2	3	4	5	6	○	7	○	8	9	10	△	11	12	13	○	14	○	15	<b>10</b> 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								
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			31					
②の期間に対して、給与等を支払いましたか？		1. はい		給与の種類		<input type="checkbox"/> 月給		<input type="checkbox"/> 時間給		給与等計算		締日 毎月末		日										
		2. いいえ				<input type="checkbox"/> 日給		<input type="checkbox"/> 歩合給				支払日 1. 当月 2. 翌月				25 日								
事業主が証明するところ		②の期間の課税対象となる給与等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。																						
		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		10000		90000				80000				100000												
時給																								
手当																								
手当																								
手当																								
手当																								
現物給与																								
計				90000				80000				100000												
		給与等支給総額(上記(A)~(C)の合計) 270000円																						
給与等計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。																								
令和 〇 年 〇 月 〇 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		〇〇県△△市●●町4丁目5番6号																						
事業所名称		株式会社 〇〇〇																						
事業主氏名		代表者 愛媛 二郎																						
担当者氏名		愛媛 三郎				電話番号				△△△-△△△-〇〇〇〇														



## 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 2 年 3 月 10 日から																
		令和 2 年 3 月 31 日まで																
	うち、入院期間	令和 2 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)													
		令和 2 年 3 月 31 日まで		転帰	<input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他 <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	
		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		
	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)																		
新型コロナウイルス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	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 〇 年 〇 月 〇 日																		
上記のとおり相違ありません。																		
医療機関の所在地		〇〇県△△市▲▲町2丁目3番4号																
医療機関の名称		広域第一病院																
医師の氏名		広域 一郎 																
		電話番号 △△△-△△△-△△△△																