

(表)

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 (本人)	保険者番号	3	9	4	1																											
	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	〒 - (電話 - -)																														
振 込 先 口 座	金融機関名				預金種目		口座番号(左詰)																									
	銀行 金庫 信用組合 農協・漁協				本店 支店 支所 出張所		1 普通 2 当座 4 貯蓄 9 その他																									
	金融機関コード				店舗コード																											
	フリガナ																															
	口座名義人																															
佐賀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。 年 月 日																																
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">(記入された方) 申請者</td> <td>住所</td> <td colspan="9">〒 - (電話 - -)</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="4"></td> <td colspan="6">被保険者との関係 ()</td> </tr> </table>											(記入された方) 申請者	住所	〒 - (電話 - -)									氏名					被保険者との関係 ()					
(記入された方) 申請者	住所	〒 - (電話 - -)																														
	氏名					被保険者との関係 ()																										

【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 (本人)	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	住所										
代 理 人 (口座名義人)	〒 -									被保険者との関係		
	(フリガナ) 氏名											

(裏)

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 ※相談した場合に記入	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									
②医療機関の受診日 (①で「受診した」と回答した場合)	年 月 日									
	年 月 日									
	年 月 日									
③症状(期間などを具体的に) (①で「受診していない」と回答した場合)										
④療養のために 休んだ期間	年 月 日から 年 月 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。)	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。	1. はい 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)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></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③～⑦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	