

(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				
	金融機関コード		店舗コード						
	フリガナ								
	口座名義人								
	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した被保険者本人の公金受取口座を利用します。 (利用する場合は☑、利用しない場合は口座情報を記入のうえ、通帳の写しを添付してください。) ※公金受取口座とは、給付金等を受け取るために、マイナンバーとともに口座情報をデジタル庁へ登録した口座をいいます。 ※年金の受取口座であっても、デジタル庁に登録していない場合は、公金受取口座には該当しません。								
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									
(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】(被保険者又は相続人代表者以外の方が受領する場合は、記入が必要です。)

相 続 人 代 表 者 又 は 委 任 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	
	氏名	住所
(口座名義人) 代理人	〒 -	委任者との関係
	(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 (頃) 時							
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 (給与等の額:円) 年 月 日まで <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	

R7.12版