

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）

被 保 険 者 情 報	被保険者番号												
	氏 名							生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	
振込先	金融機関 名称	銀 行 ・ 信用金庫 信用組合 ・ 協同組合 ()						本店 ・ 支店 ()					
								※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入					
	預金種別	普通 ・ 当座 ()		口座番号 左詰記載して下さい									
	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。													
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 年 月 日													
岡山県後期高齢者医療広域連合長 様													
申 請 者 (被保険者)		住 所											
		氏 名											
		印											
		電話番号											

【委任状】※申請者と口座名義人が異なる場合にご記入ください。

申請者 (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
	住所 _____ 氏名 _____印							
代理人 (口座名義人)	住所 _____ 氏名 _____印						被保険者との続柄	

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	
--------	--

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	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。	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	(給与等の額：円) <table><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	令和 年 月 日		
	上記④～⑦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 _____ 印		
担当者氏名		電話番号	