

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書①(被保険者記入用)

記入例

被保険者情報	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7										
	(フリガナ) 氏名	コウイキ タロウ 広域 太郎				生年月日	大正昭和 18 年 1 月 1 日					
	住所	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地〇号										
振込先	金融機関名称	広域 <small>(銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他)</small>			中央 <small>本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他</small>							
	預金別	普通・当座 その他()		口座番号	0	1	2	3	4	5	6	
	口座名義(カタカナ)	コ	ウ	イ	キ	タ	ロ	ウ				
		※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。										
<p>秋田県後期高齢者医療広域連合長 宛 令和 2 年 4 月 15 日</p> <p>上記のとおり申請します。</p> <p>また、秋田県後期高齢者医療広域連合が申請書の記載内容について事実を確認するため、関係機関等に照会を行い、情報の提供を受けることに同意します。</p> <p>申請者 郵便番号 000 - 0000 住所 〇〇市〇〇町〇丁目〇番地〇号 氏名 広域 太郎 電話番号 000 - 000 - 0000</p>												

【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 2 年 4 月 15 日	
	氏名 広域 太郎	住所 同上
代理人 (口座名義人)	〒 000 - 0000	被保険者との関係
	(フリガナ) コウイキ ハナコ 氏名 広域 花子	妻

保険者 記入欄	支給決定額
	記入しないでください 円

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書②(被保険者記入用)

記入例

被保険者番号	01234567	被保険者氏名	広域 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10日 (午前10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 10 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 2 年 3 月 10 日から	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。〕	10日
	令和 2 年 3 月 31 日まで		

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	(給与等の額:円)
	令和 年 月 日まで	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table>

⑧ 労働者災害補償保険(労災保険)の 休業補償等の申請をしていますか。	1. はい	2. いいえ
--	-------	--------

(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③～⑧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	⑨
担当者氏名	電話番号

①医療機関の受診状況で「1. 受診した」と回答した場合は記入不要です。

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書④(医療機関記入用)

記入例

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名	広域 太郎		生年月日	昭和18年1月1日																														
	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 10 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		療養費用の種類別	<input type="checkbox"/> 国保 <input checked="" type="checkbox"/> 公費(感染症) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他																														
		令和 2 年 3 月 31 日まで		転帰	<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	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	診療実日数	22 日
		令和 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	診療実日数	日
		令和 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)																																			
37.5度以上の発熱やせき等、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。加療後、症状の改善が確認できたため、3/31に実施した検査において2回目の陰性となったため退院。			手術年月日	令和 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の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 2 年 4 月 10 日																																			
上記のとおり相違ありません。																																			
医療機関の所在地		〇〇市〇〇町〇丁目〇番地〇号																																	
医療機関の名称		〇〇市広域病院																																	
医師の氏名		広域 二郎		電話番号 000 - 000 - 0000																															