

## 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）

被 保 険 者 情 報	被保険者番号					個人番号					
	(フリガナ)					生年月日	大正	昭和	年	月	日
	氏名										
住所											
振 込 先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他( )				本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他( ) <small>※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入</small>					
	預金別	普通・当座 その他( )			口座番号						
	口座名義(カタカナ)										
		<small>※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。</small>									
	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 ※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。」にチェック(✓)してください。 ※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載や通帳の写しの添付等は不要です。										
秋田県後期高齢者医療広域連合長 宛 <span style="float: right;">年 月 日</span>  上記のとおり申請します。  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。  <div style="text-align: center;">                     申請者 郵便番号                      住 所                      氏 名                      電話番号                 </div>											
【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。						年 月 日				
	氏名	住所									
代 理 人 <small>(口座名義人)</small>	〒 — —						被保険者との関係				
	(フリガナ)										
氏名											
保 険 者 記 入 欄	支給決定額										
	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）

被保険者番号		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 border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </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	
担当者氏名	電話番号



## 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）

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名											生年月日																																	
	傷病名								初診日	令和 年 月 日																																			
	発病年月日	令和 年 月 日			発病の原因																																								
	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から																																											
		令和 年 月 日まで																																											
	うち、入院期間	令和 年 月 日から			療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 公費( ) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他																																							
		令和 年 月 日まで			転帰	<input 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 年 月	<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table>										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
		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																												
令和 年 月	<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table>										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		
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																														
令和 年 月	<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table>										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		
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																														
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）																																													
								手術年月日	令和 年 月 日																																				
								退院年月日	令和 年 月 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																																													
令和 年 月 日																																													
上記のとおり相違ありません。																																													
医療機関の所在地																																													
医療機関の名称																																													
医師の氏名										電話番号																																			