

①後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

被保険者情報	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	※後期高齢者医療被保険者証記載の8桁	
	(フリガナ)	コウイキ レンゴロウ							明治	大正 15 年 10 月 9 日	
	氏名	広域 連五郎							生年月日	昭和	
住所	高松市福岡町二丁目3番2号										

振込先	金融機関名	さぬき				銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店名	さぬき				本店 本店営業部 支店 出張所
	金融機関コード	3 9 3 7					店舗コード	0 0 2				
	預金種目	普通・当座 その他()				口座番号	1 9 8 0 0 7 1					
	(フリガナ)	コウイキ タロウ										
	口座名義人	広域 太郎										

金融機関に届けているフリガナを記入してください。

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿

上記のとおり、傷病手当金の支給を申請します。なお、申請書の記載内容を確認するため、広域連合が、事業所および医療機関等に照会を行い情報提供を受けることに同意します。

●●年 ●●月 ●●日

被保険者(申請者) 〒 7 6 0 - 0 0 6 6
住所 香川県高松市福岡町2丁目3-2
氏名 広域 連五郎
電話番号 087-811-1866

日中連絡の取れる連絡先を記入してください。

受領を委任する場合、委任者の本人確認書類の写しが、被保険者が亡くなっている場合は、相続人代表者からの誓約書が必要です。

【受取代理人の欄】

被保険者以外の方が受領する場合は、記入および委任者の本人確認書類(写)が必要です。ただし、被保険者が亡くなっている場合は、相続人代表者からの誓約書が必要となります。

被保険者の住所・氏名を記入してください。

被保険者(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		被保険者の住所・氏名を記入してください。
住所	(〒761-0066) 香川県高松市福岡町二丁目3-2		
氏名	広域 連五郎 (自署のこと)		
代理人(口座名義人)(受任者)	住所	(〒760-0066) 香川県高松市福岡町二丁目3-2	被保険者との関係
	電話番号	087-811-1866	
	(フリガナ)	コウイキ タロウ	長男
	氏名	広域 太郎	

【市町記入欄】(以下の欄には、記入しないでください。)

支給算定額		確認者印
確認欄	<input type="checkbox"/> ②申請書 <input type="checkbox"/> ③申請書 <input type="checkbox"/> ④	代理人の住所・氏名を記入し、押印してください。 電話番号は日中連絡の取れる連絡先を記入してください。

③後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(事業主記入用)

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

被保険者氏名		広域 連五郎				
①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。)により、労務に服することができなかった期間の属する月における勤務状況 上記の事由による無給休暇の日数を×で表示してください。			左記の事由による 無給休暇の日数			
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	10 日			
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				
②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。)により、労務に服することができなかった期間の属する月の直近3か月の勤務状況 【出勤は○】、【有給休暇は△】、【上記の事由による無給休暇は×】、【その他の休暇(賃金が生じる)は＝】、【その他の休暇(賃金が生じない)は／】でそれぞれ表示してください。			賃金が生じた日数の計 (○、△、＝の計)			
令和元年12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	9 日			
令和2年1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	8 日			
令和2年2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	10 日			
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	日			
②の期間に対して、賃金を支払いましたか？	1. はい	給与の種類 <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input checked="" type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他	締日 毎月末 日			
	2. いいえ		賃金計算 支払日 1. 当月 2. 翌月 25 日			
②の期間の課税対象となる賃金支給状況をご記入ください。ただし、期末勤勉手当(賞与)は除く。						
支給した賃金内訳	期間 区分	単価(円)	令和元年12月1日～ 令和元年12月31日分 (A)支給額(円)	令和2年1月1日～ 令和2年1月31日分 (B)支給額(円)	令和2年2月1日～ 令和2年2月29日分 (C)支給額(円)	
	基本給	10,000	90,000	80,000	100,000	
	時給					
	手当					
	手当					
	手当					
	現物給与					
	計	10,000	90,000	80,000	100,000	
			賃金支給総額(上記(A)～(C)の合計) 270,000 円			
賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。						
●● 年 ●● 月 ●● 日						
上記のとおり相違ないことを証明します。						
事業所所在地		(〒●●●-●●●●) 香川県●●市●●町△△番地				
事業所名称		株式会社●●				
事業主氏名		代表者 香川 一郎				
担当者氏名		讃岐 次郎		電話番号 ●●●-●●●-●●●●		

④後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(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	広域 連五郎											
	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 13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 13日から			療養費用の種類	<input type="checkbox"/> 後期 <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 (13) (31)										診療実日数 19日
		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
		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)													
新型コロナ感染症の感染の疑いのため、3/13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。2週間程度で症状の改善が見られ、3/31に実施した検査において陰性となったため退院。				手術年月日	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。													
●● 年 ●● 月 ●● 日													
上記のとおり相違ありません。													
医療機関の所在地		(〒●●●●-●●●●) 香川県○○市○○町○○番地											
医療機関の名称		○○病院											
医師の氏名		保険 診吾				電話番号 ○○○-○○○-○○○○							