

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	01234567													
	(フリガナ)	コウキ タロウ						生年月日	大正 15 年 1 月 1 日 昭和						
	氏 名	後期 太郎													
	住 所	△△県〇〇市□□町1丁目2番3号													
振込先	金融機関名称	後期 銀行・信用金庫 信用組合・協同組合 その他()						中央 本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他() ※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入							
	預金別	普通・当座 その他()			口座番号			1	2	3	4	5	6	7	
	口座名義(カタカナ)	コ	ウ	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。													
上記のとおり申請します。															
令和2年4月15日															
住 所 〇〇県△△市□□町1丁目2番3号 電 話 番 号 012-3456-7890															
申請者氏名 後期 太郎 〇 〇 広域連合長 〇 〇 〇 〇 殿															

【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。)

世帯主	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 後期 太郎 住所 同上													
代理人 (口座名義人)	〒123-4567 △△県〇〇市□□町1丁目2番3号													被保険者との関係
	(フリガナ) コウキ ハナコ													妻
	氏 名 後期 花子													

保険者 記入欄	支給決定額
	46,669円

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

被保険者氏名	後期 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13日 (午前11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 13 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(具体的に)										
③療養のため に 休んだ期間	令和2年3月10日から 令和2年3月27日まで	④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。)	7日							
⑤	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								
⑥	⑤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③～⑥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

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給与等計算期間の勤務状況及び給与等支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名		後期 太郎																																		
	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	×	×	×	×	14	15																10	日			
			16	17	18	×	×	×	22	23	24	×	×	×	28	29	30	31																			
	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																			
	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(給与等が生じる)は＝、【その他の休暇(給与等が生じない)は／でそれぞれ表示してください。																															給与等が生じた日数の計 (○、△、＝ の計)					
	令和元年12月		1	2	○	4	5	6	7	○	9	10	11	12	○	△	15																9	日			
			16	17	18	19	△	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																			
	令和2年1月		1	2	3	4	△	6	7	○	9	10	11	12	○	○	15																8	日			
		16	17	18	○	○	21	22	23	24	○	○	27	28	29	30	31																				
令和2年2月		1	○	3	4	5	6	○	○	9	10	△	12	13	○	○																10	日				
		△	17	18	○	20	21	22	○	24	25	26	○	28	29	30	31																				
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																				
②の期間に対して、給与等を支払いましたか？		1. はい		2. いいえ		給与の種類		☐ 月給 ☐ 時間給 ☐ 日給 ☐ 歩合給 ☒ 日給月給 ☐ その他		給与等計算		締日		毎月末		日		支払日		1. 当月		2. 翌月		25		日											
②の期間の課税対象となる給与等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。																																					
支給した給与等内訳	期間		区分		単価(円)		12月1日 ~ 12月31日 分										1月1日 ~ 1月31日 分										2月1日 ~ 2月29日 分										
							(A) 支給額(円)										(B) 支給額(円)										(C) 支給額(円)										
	基本給				100000		900000										800000										1000000										
	時給																																				
	手当																																				
	手当																																				
	手当																																				
	手当																																				
	現物給与																																				
	計						900000										800000										1000000										
						給与等支給総額(上記(A)~(C)の合計)																												2700000		円	
給与等計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。																																					
令和 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 事業所名称 事業主氏名																																					
担当者氏名												電話番号																									

誓約書兼同意書

令和 2 年 月 日

和歌山県後期高齢者医療広域連合長 様

被保険者 後期 太郎 は、和歌山県後期高齢者医療広域連合医療に関する条例及び同施行規則に基づき提出した、後期高齢者医療傷病手当金支給申請書及び添付書類（以下「申請書類等」という。）の記載内容が事実であることを誓約します。

和歌山県後期高齢者医療広域連合及び該当市町村の職員が、申請書類等に記載されている事実（診療行為、療養内容、勤務状況、給与等の支払状況等）を確認するため申請書類等の提供等によって、医療機関、事業主に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

住 所 △△件〇〇市□□町1丁目2番3号

氏 名 後期 太郎

後
期

