

(表)

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  (本人)	保険者番号	3	9	4	1																											
	被保険者番号																															
	(フリガナ) 氏名					生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日																						
	住所	〒 - (電話 - - )																														
振 込 先 口 座	金融機関名				預金種目		口座番号(左詰)																									
	銀行 金庫 信用組合 農協・漁協				本店 支店 支所 出張所		1 普通 2 当座 4 貯蓄 9 その他																									
	金融機関コード				店舗コード																											
	フリガナ																															
	口座名義人																															
佐賀県後期高齢者医療広域連合長 様 上記のとおり申請します。 令和 年 月 日																																
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">申請者 (記入された方)</td> <td>住所</td> <td colspan="9">〒 - (電話 - - )</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="4"></td> <td colspan="2">被保険者との関係 ( )</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>											申請者 (記入された方)	住所	〒 - (電話 - - )									氏名					被保険者との関係 ( )					
申請者 (記入された方)	住所	〒 - (電話 - - )																														
	氏名					被保険者との関係 ( )																										

【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  (本人)	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									
	氏名					住所				
代 理 人  (口座名義人)	〒 -									
	(フリガナ) 氏名					被保険者との関係				

※以下には記入しないでください。裏面の記入をお願いします。

広域連合 記入欄	支給決定額								
	円								

〔市町記入欄〕

市町(支所)名 [ ]	受付日 [ . . ]	受付者名 [ ] ・ 郵送
申請者確認方法 (右記 番で確認)	①個人番号カード・後期被保証・写真入り身分証明書の提示 ②被保険者からの委任状持参 ③申請勸奨通知・介護保険被保証等複数の公的書類 ④入所施設等職員で写真入り職員証等の提示 ⑤成年後見人等を示す公正証書等の提示 ⑥住所・氏名・生年月日等を申告してもらい住基等で確認 ⑦その他 ( )	

(裏)

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									
②医療機関の受診日 (①で「受診した」と回答した場合)		令和 年 月 日									
		令和 年 月 日									
		令和 年 月 日									
③症状(期間などを具体的に) (①で「受診していない」と回答した場合)											
④療養のために 休んだ期間	令和 年 月 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。 〕	日								
	令和 年 月 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  令和 年 月 日まで	(給与等の額:円) <table border="1"><tr><td></td><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③～⑦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	