

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										
	(フリガナ)										
	氏名	生年月日	大正 昭和	年	月	日					
	住所										
振 込 先	金融機関 名称	銀行・金庫・信組 農協・漁協					本店・支店 出張所・本所・支所				
	預金種別	普通・当座 その他()			口座番号 (7桁)		※ゆうちょ銀行の場合は、店名(漢数字)を記入				
	口座名義(カタカナ)										
※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。											

※口座名義人が被保険者本人以外の場合は、北海道後期高齢者医療広域連合が指定する委任状を添付してください。

北海道後期高齢者医療広域連合長 宛

上記の口座への傷病手当金の支給を申請します。

また、被保険者及び申請者は、北海道後期高齢者医療広域連合が本申請内容の事実を確認するため、事業主、医療機関等の関係機関に照会を行い、情報の提供を受けることに同意します。

令和 年 月 日

住 所 ※被保険者情報に記載の住所と同じ場合は記載不要です。

申請者氏名

電話番号

備考 この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。

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)

被保険者氏名	
--------	--

(1)発症日	令和 年 月 日	(2)症状の詳細 (該当に○)	発熱・咳・喉痛・頭痛・倦怠感 その他()										
(3)発症期間	(2)のいずれかの症状が 令和 年 月 日 まで継続	(4)医療機関の受診状況 (該当に○)	1. 受診していない 2. 受診した(PCR検査・みなし診断・外来の受診等) 3. 入院して治療を受けた⇒申請書④が必要										
(5)陽性(みなしを含む)の場合の陽性判明日		令和 年 月 日											
(6)療養のため業務に服することができなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	(7)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)によらない休職や勤務予定がなかった日は除く。	日										
(8)上記(6)の療養のために休んだ期間を計算対象とした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												
(9)上記(8)で「はい」と回答した場合、その給与等の支払い対象となった(なる)期間と、その金額をご記入ください。	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	(給与等の額:円) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											
(10)上記(6)の療養のために休んだ期間について、労災保険から休業補償給付や他保険者から傷病手当金を受けられますか。	1. はい(予定含む) 2. いいえ												

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。

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	01234567											
	(フリガナ)	コウキ タロウ				生年月日	大正						
	氏名	後期 太郎					昭和	15	年	1	月	1	日
住所	北海道〇〇市〇〇町1丁目2番3号												
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・本所・支所 中央							
	預金種別	普通・当座 その他()			口座番号 (7桁)		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。

※口座名義人が被保険者本人以外の場合は、北海道後期高齢者医療広域連合が指定する委任状を添付してください。

北海道後期高齢者医療広域連合長 宛

上記の口座への傷病手当金の支給を申請します。
また、被保険者及び申請者は、北海道後期高齢者医療広域連合が本申請内容の事実を確認するため、事業主、医療機関等の関係機関に照会を行い、情報の提供を受けることに同意します。

令和 2 年 4 月 15 日

住 所 ※被保険者情報に記載の住所と同じ場合は記載不要です。

申請者氏名 後期 太郎

電話番号 012-3456-7890

備考 この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。

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)

被保険者氏名	後期 太郎
--------	-------

(1)発症日	令和 2 年 3 月 10 日	(2)症状の詳細 (該当に○)	<input checked="" type="checkbox"/> 発熱・ <input checked="" type="checkbox"/> 咳・喉痛・頭痛・倦怠感 その他()										
(3)発症期間	令和 2 年 3 月 31 日 まで継続	(4)医療機関の受診状況 (該当に○)	1. 受診していない 2. 受診した(PCR検査・みなし診断・外来の受診等) <input checked="" type="checkbox"/> 3. 入院して治療を受けた⇒申請書④が必要										
(5)陽性(みなしを含む)の場合の陽性判明日		令和 2 年 3 月 13 日											
(6)療養のため業務に服することができなかった期間	令和 2 年 3 月 10 日から 令和 2 年 3 月 31 日まで	(7)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。	15 日										
(8)上記(6)の療養のために休んだ期間を計算対象とした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 <input type="radio"/> 2. いいえ <input checked="" type="radio"/>												
(9)上記(8)で「はい」と回答した場合、その給与等の支払い対象となった(なる)期間と、その金額をご記入ください。	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	(給与等の額:円) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											
(10)上記(6)の療養のために休んだ期間について、労災保険から休業補償給付や他保険者から傷病手当金を受けられますか。	1. はい(予定含む) <input type="radio"/> 2. いいえ <input checked="" type="radio"/>												

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。