

様式第51号(附則第2項関係)

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(被保険者記入用①)

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
	氏名	後期 太郎														
	住所	△△県〇〇市〇〇町1丁目2番3号														
振 込 先	金融機関 名称	後期					銀行・金庫・信組		中央							
							農協・漁協		本店(支店)							
							その他()		出張所・本店営業部 本所・支所 その他()							
	預金別	普通・当座			口座番号			1	2	3	4	5	6	7		
		その他()														
	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3年4月15日																
住所 〇〇県△△市〇〇町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 様																

【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3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 △△県〇〇市〇〇町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										
	氏名 後期 花子										
	妻										

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②)

被保険者氏名	後期 太郎
--------	-------

症状が出た日	令和3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3年3月13日 (午前11時頃)								
①医療機関の受診状況	<input checked="" type="radio"/> 1. 受診した <input type="radio"/> 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 3 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)											
④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	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。)	7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。	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 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	(給与等の額:円)									
	令和 年 月 日まで	<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④～⑦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
	⑩
担当者氏名	電話番号