

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						
	(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 その他( )			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				
	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。							
<p>上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 住 所 電話番号 申請者氏名 (印) 福井県後期高齢者医療広域連合長 様</p>							

【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。 氏名 (印) 住所	令和 年 月 日
代理人 (口座名義人)	〒一 (フリガナ)	被保険者との関係
	氏名 (印)	

保険者 記入欄	支給決定額
	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	
--------	--

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	
(①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日		令和 年 月 日	令和 年 月 日
		令和 年 月 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(期間などを具体的に)			
④療養のために休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 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。〕	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。	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) □□□□□□

(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 <span style="float: right;">印</span>		
担当者氏名	電話番号	