

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		被保険者 番号								
------------	--	------------	--	--	--	--	--	--	--	--

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 ※相談した場合のみ記入	令和 年 月 日 (午前・午後 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上記で「受診した」と回答した場合 医療機関の受診日	令和 年 月 日
	令和 年 月 日
	令和 年 月 日

③症状(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	(給与等の額:円)
	令和 年 月 日まで	円

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
	預金種別	普通・当座 その他()	口座番号 ※左詰めでご記入ください
	口座名義人 (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。	

上記のとおり申請します。
 なお、京都府後期高齢者医療広域連合が必要と認める場合は、関係書類等を発行した事業主及び医療機関又は、帰国者・接触者相談センター等の関係機関に対して照会を行うことに同意します。

令和 年 月 日

(宛先)京都府後期高齢者医療広域連合長

申請者 住所

氏名

電話番号 ()

⑩

※申請者及び振込先の口座名義人が被保険者本人でない場合は、別途委任状の提出が必要です。