

第 51 号様式（附則第 3 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）

|   |  |   |  |  |  |                        |  |   |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|---|--|--|--|------------------------|--|---|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者<br>氏名  |  | 被保険者<br>番号  |  |  |  |                        |  |   |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 症状が出た日  |  | 令和 年 月 日  |  | 帰国者・接触者<br>相談センターへの相談日<br>※相談した場合のみ記入  |  | 令和 年 月 日<br>(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<br>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<br>休んだ期間  |  | 令和 年 月 日から<br>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<br>(<br>新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染<br>が疑われる場合を含む)によらない休暇や、<br>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<br>給与等の支払いを受けましたか。<br>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<br>与等の額と、その報酬支払の対象と<br>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<br>名称  |  | 銀行・金庫・信組<br>農協・漁協<br>その他( )  |  |                        |  | 本店・支店<br>出張所・本店営業部<br>本所・支所<br>その他( )<br>※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<br>その他( )  |  | 口座番号<br>※左詰めでご記入ください   |  |   |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  | 口座名義人<br>(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1字空けてください。   |  |   |  |  |  |                        |  |   |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>上記のとおり申請します。<br/>         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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>(宛先)京都府後期高齢者医療広域連合長</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏名</p> <p>電話番号 ( )</p> |  |   |  |  |  |                        |  |   |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |

※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。