

(表)

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  (本人)	保険者番号	3	9	4	1						
	被保険者番号										
	(フリガナ) 氏名					生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	
	住所	〒 - (電話 - - )									
振 込 先 口 座	金融機関名				預金種目		口座番号(左詰)				
	銀行 金庫 信用組合 農協・漁協	本店 支店 出張所			1 普通 2 当座 4 貯蓄						
	金融機関コード		店舗コード								
	フリガナ										
	口座名義人										
	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します ※給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は「 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します」にチェック(✓)してください。 ※公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載や通帳の写しの添付は不要です。										
佐賀県後期高齢者医療広域連合長 様 上記のとおり申請します。 令和 年 月 日											
申請者 (記入された方)	住所	〒 - (電話 - - )									
	氏名					被保険者との関係 ( )					

【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  (本人)	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 年 月 日									
	氏名	住所								
代 理 人  (口座名義人)	〒 -				被保険者との関係					
	(フリガナ) 氏名									

(裏)

# 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	
--------	--

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										
②医療機関の受診日 (①で「受診した」と回答した場合)	令和 年 月 日										
	令和 年 月 日										
	令和 年 月 日										
③症状(期間などを具体的に) (①で「受診していない」と回答した場合)											
④療養のために休んだ期間	令和 年 月 日から	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								
	令和 年 月 日まで										
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	<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③～⑦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		
担当者氏名		電話番号	