

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

被保険者番号		生年月日		大正	昭和	年	月	日
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。								
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 住 所 電 話 番 号 (フリガナ) 申請者氏名 印 鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 殿								

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

保険者 記入欄	支給決定額
	円

(規則第18条の2関係)

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(事業主記入用)

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名																
	①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)により、労務に服することができなかった期間の属する月における勤務状況 上記の事由による無給休暇の日数を×で表示してください。												左記の事由による 無給休暇の日数				
	令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
	令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
	②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)により、労務に服することができなかった期間の属する月の直近3か月の勤務状況 【出勤は○】、【有給休暇は△】、【上記の事由による無給休暇は×】、【その他の休暇(賃金が生じる)は=】、 【その他の休暇(賃金が生じない)は/】でそれぞれ表示してください。												賃金が生じた日数の計 (○、△、= の計)				
	令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
	令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		31
令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		31
②の期間に対して、賃金を支払いましたか?	1. はい	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 時間給	賃金計算	締日	日										
	2. いいえ		<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 歩合給		支払日	1. 当月	日									
			<input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> その他		2. 翌月	日										
②の期間の課税対象となる賃金支給状況をご記入ください。ただし、期末勤勉手当(賞与)は除く。																	
支給した賃金内訳	期間	単価(円)	月 日 ~	月 日 ~	月 日 ~												
	区分		月 日 分	月 日 分	月 日 分												
			(A)支給額(円)	(B)支給額(円)	(C)支給額(円)												
	基本給																
	時給																
	手当																
	手当																
	手当																
	現物給与																
	計																
賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)						円											
賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。																	
上記のとおり相違ないことを証明します。						令和 年 月 日											
事業所所在地																	
事業所名称																	
事業主氏名 印																	
担当者氏名					電話番号												

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)

医療機関 担当者が 意見を 記入する ところ	患者氏名																																																			
	傷病名		初診日	令和	年	月	日																																													
	発病年月日	令和	年	月	日	発病の原因																																														
	労務不能と 認められた期間	令和	年	月	日から																																															
		令和	年	月	日まで																																															
	うち、入院期間	令和	年	月	日から	療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 後期	<input type="checkbox"/> 公費()																																												
		令和	年	月	日まで	転帰	<input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 繰越	<input type="checkbox"/> 転医																																								
	診療日及び入院 していた日を○で 囲んでください。	令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日																															
					16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																																
		令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日																															
				16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																																	
		令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日																															
				16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																																	
上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)																																																				
																								手術年月日	令和	年	月	日																								
																								退院年月日	令和	年	月	日																								
症状経過から見て従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見																																																				
令和 年 月 日																																																				
上記のとおり相違ありません。																																																				
医療機関の所在地																																																				
医療機関の名称																																																				
医師の氏名																																																				
Ⓜ 電話番号																																																				