

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	⑤左記期間のうち、勤務ができなかった日数										日						
		令和	年	月	日まで	(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。)																
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										⑧												
電話番号 ()																						

※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。