

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				日											
						(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 (印)																					
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。