様式第１号の２（第２条関係）

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（被保険者記入用）

記入例

被保険者記入欄	症状が出た日	令和2年3月12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2年3月13日 （午前11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	
	（①で「受診した」と回答した場合） ②医療機関の受診日		令和2年　3月　13日	
			年　月　日	
			年　月　日	
	（①で「受診していない」と回答した場合） ③症状（期間などを具体的に）			
	④療養のために休んだ期間	令和2年　3月　10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。）	7日
		令和2年　3月　27日まで		
	⑥ ④の期間に　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、その支払の対象となった（なる）期間をご記入ください。		年　月　日から 年　月　日まで	（給与等の額：円）

事業主記入欄	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	※臨時的な取扱いとして（R4.8.9～） **事業主からの証明をもらってください。**		
	事業所名称			
	事業主氏名	㊞		
	担当者氏名		電話番号	