

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 (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										
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 令和 年 月 日まで	(給与等の額:円) 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1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

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。