

記入例②（医療機関を受診した場合）

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（被保険者記入用②）

被保険者氏名	後期 太郎												
症状が出た日	令和2年 3月 10日	帰国者・接触者相談センター への相談日 <small>※相談した場合に記入</small>	令和2年 3月 13日 (午前11 時頃)										
※「帰国者・接触者外来医療機関」等の受診の有無についてご回答をお願いします。医療機関を受診した方は、別紙「医療機関証明書」の提出が必要となります。													
①医療機関の受診状況	<input checked="" type="radio"/> 1. 受診した 2. 受診していない												
②医療機関の受診日 (①で「受診した」と回答した場合)	令和2年 3月 13日												
	年 月 日												
	年 月 日												
③症状およびその期間等 <small>(※右から該当するものを選択して下さい)</small>	<input type="checkbox"/> 発熱や咳などの症状があった (年 月 日 ~ 月 日) <input type="checkbox"/> 強 <input type="checkbox"/> 息 <input type="checkbox"/> そ <div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block; margin-left: 20px;">記入不要です</div>												
④療養のため 休んだ期間	令和2年 3月 10日から 令和2年 3月 31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。	7 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. <input checked="" type="radio"/> 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。	※医療機関証明書の「労務不能と認めた期間」と同一期間をご記入ください。		(給与等の額：円)										
	年 月 日まで	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>											

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記載欄について、事業主の証明が必要です。)

	年 月 日
事業主記入欄	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。
	※「帰国者・接触者外来」等を受診した場合は、 医療機関証明書の提出が必要となるため、 こちらの事業主証明欄の記入は不要です。
	事業所所在
	事業所名称
事業主氏名	
担当者氏名	電話番号

