別記第１号様式（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②）

被保険者氏名			
症状が出た日	年　月　日	帰国者・接触者相談センターへの相談日 ※相談した場合に記入	年　月　日 （　　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		年　月　日	
		年　月　日	
		年　月　日	
（①で「受診していない」と回答した場合） ③症状およびその期間等 （※右から該当するものを選択して下さい）		□　発熱や咳などの症状があった　（　年　月　日～　月　日） □　強いだるさ（倦怠感）があった（　年　月　日～　月　日） □　息苦しさ（呼吸困難）があった（　年　月　日～　月　日） □　その他（　　）	
④療養のため休んだ期間	年　月　日から 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。	年　月　日から 年　月　日まで	（給与等の額：円） □□□□□□□

（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。）

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 事業所名称 事業主氏名　㊞
担当者氏名	電話番号