

別記第1号様式（第2条関係） **記入例②（自宅療養のみの場合）**

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		※未記入で問題ありません。	
症状が出た日	令和4年 6月 8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)	令和4年 6月 10日 年 月 日 年 月 日			
※受診した場合も労務不能期間の判断基準の一つとします ますのでご記載をお願いします。				
(①で「受診していない」と回答した場合)	<input type="checkbox"/> 発熱や咳などの症状があった（年 月 日～ 月 日） <input type="checkbox"/> 強いだるさ（倦怠感）があった（年 月 日～ 月 日） <input type="checkbox"/> 息苦しさ（呼吸困難）があった（年 月 日～ 月 日） <input checked="" type="checkbox"/> その他 {6/8より発熱。6/10に医療機関受診して陽性判明。 6/18まで自宅療養となった}			
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)				
④療養のため 休んだ期間	令和4年 6月 8日から 令和4年 6月 18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。	4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		(給与等の額：円)	
		※受診した場合も上記の記載内容について、勤務先に対し、「事業主の証明」の記載をご依頼ください。		

(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	令和4年 7月 10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	××県●●市▲▲町1-2-3		
事業所名称	□□□株式会社			
事業主氏名	東京 一郎			
		(代 事 表 業 者 主 印 印)		
担当者氏名	人事 二郎	電話番号	012-345-6789	

