

後期高齢者医療傷病手当金支給申請(医療機関証明書)

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名																																	
	傷病名											初診日	年 月 日																					
	発病年月日	年 月 日										発病の原因																						
	労務不能と認め た期間	年 月 日から											療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 公費( ) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他																				
		年 月 日まで												転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医																			
	うち、入院期間	年 月 日から										療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 公費( ) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他																					
		年 月 日まで											転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医																				
	診療日及び入院 していた日を○で 囲んでください。	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		11	12	13	14	15	診療 実日数	日														
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																
		年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日															
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																	
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日																	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																	
上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)																																		
																					退院 年月日	年 月 日												
症状経過から見て従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見																																		
年 月 日																																		
上記のとおり相違ありません。																																		
医療機関の所在地																																		
医療機関の名称																																		
医師の氏名																																		
⑩ 電話番号																																		

## 東京都後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（申立書）

被相続人(死亡した被験者)			
被保険者番号		生年月日	年 月 日
住 所	東京都	氏 名	

私は、上記の被保険者の死亡のため、東京都後期高齢者医療広域連合より支給される後期高齢者医療傷病手当金について、相続人全員を代表して受領を行うことを申し立てます。

なお、他の相続人に対しましては、私（申立人）の責任において、異議のないよう処理し、東京都後期高齢者医療広域連合に一切の迷惑をかけないことを申し添えます。

また、私の故意又は過失により、東京都後期高齢者医療広域連合に損害を与えた場合は、その一切の責任を負います。

※該当するものに○を付けてください。該当するものがない場合は( )内に記入してください。

振 込 先	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	本 店 本 所 支 店 ( )	預 金 種 別 ( )	普 通 当 座 ( )
口座番号 左詰めで記載				
口座名義人 (カタカナ)				

ゆうちょ銀行の場合は振込先の支店名記入欄に振込用の店番(3桁)を記入してください。

口座名義人はカタカナで上段より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。

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛

上記のとおり、傷病手当金の支給について申し立ていたします。

令和 年 月 日

申 請 者 住 所 (〒 \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_

氏 名 被相続人  
との続柄

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

電話番号

\_\_\_\_\_

# 個人情報に関する同意書

令和 年 月 日

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛

私が傷病手当金支給申請の手続きに伴い提供する個人情報については、東京都後期高齢者医療広域連合において、支給決定に係る申出内容の事実確認のため、医療機関や事業主等への照会や確認に利用することに同意します。

また、当該手続きに関する申出内容について、新型コロナウイルス感染症の感染対策のため、感染対策部署への情報提供に同意します。

申請者 住所

---

申請者 氏名

---

⑩

管理番号	ステータス	受付日	決定日	被保険者番号	被保険者氏名	被保険者住所	生年月日	電話番号	医療機関の受診有無	療養のため休んだ期間(いつから)	療養のため休んだ期間(いつまで)	代理人受領	相続人申請	備考欄 (不備対応・返戻理由、その他特記事項など)
zu	受付済	6月5日	7月10日	12345678	A	東京都〇〇区1-2-3	大正4年1月1日	090-1234-5678	○	3月10日	3月31日	○	×	6/10: 軽微な記入漏れがあり申請者本人へ電話連絡したところ、不備対応を子に依頼すること。 【不備対応連絡先】 Aの長男 Z 氏 080-1111-2222
2	不備対応中	6月6日	7月10日	12345679	B	東京都△△区1-2-3	大正4年1月2日	090-1234-5679	○	3月10日	3月27日	×	×	6/8: 「医療機関証明書」不足のため、提出依頼中
3	審査中	6月7日	7月10日	12345680	C	東京都××区1-2-3	大正4年1月3日	090-1234-5680	○	3月12日	3月31日	×	×	
4	審査済	6月8日	7月10日	12345681	D	東京都□□区1-2-3	大正4年1月4日	090-1234-5681	○	3月10日	3月31日	×	×	
5	支給依頼	6月9日	7月10日	12345682	E	東京都〇〇町1-2-3	大正4年1月5日	090-1234-5682	○	3月14日	4月2日	×	×	
6	完了	6月10日	7月10日	12345683	F	東京都△△町1-2-3	大正4年1月6日	090-1234-5683	○	3月10日	3月31日	×	×	
7	資格なし	6月5日	7月10日	12345684	G	東京都××町1-2-3	大正4年1月7日	090-1234-5684	○	3月16日	4月4日	×	×	6/8: 広域連合による資格突合の結果、申請期間中の資格なしのため、支給対象外。
8	一部資格有	6月6日	7月10日	12345685	H	東京都□□町1-2-3	大正4年1月8日	090-1234-5685	○	3月17日	4月5日	×	×	6/8: 広域連合による資格突合の結果、申請期間中一部資格有 (4/1-4/5) ため、当該機関のみ審査実施。
9	申請却下	6月7日	7月10日	12345686	I	東京都〇〇市1-2-3	大正4年1月9日	090-1234-5686	○	3月18日	4月6日	×	×	6/16: 広域連合による資格突合の結果、申請期間中の資格なしのため、申請者へその旨連絡 (書類一式返送済)。
10	受付済	6月11日	7月10日	12345687	J	東京都△△市1-2-3	大正4年1月10日	090-1234-5687	○	3月19日	4月7日	○	×	6/12: 申請書に軽微な記入漏れ (被保険者生年月日) があったため、本人へ電話確認し追記。
11	不備対応中	6月12日	7月10日	12345688	K	東京都××市1-2-3	大正4年1月11日	090-1234-5688	×	3月20日	4月8日	×	×	6/15: 「申請書①・②」の記載漏れがあったため、該当書類を返送し、追記依頼中。
12	審査中	6月10日	7月10日	12345683	F	東京都△△町1-2-3	大正4年1月6日	090-1234-5683	○	4月1日	4月30日	×	×	<b>No.6申請実績あり (劣務不能期間3/10-3/31)</b>
13	審査済	6月14日	7月10日	12345690	M	東京都〇〇村1-2-3	大正4年1月13日	090-1234-5690	×	3月10日	3月27日	×	×	
14	支給依頼	6月15日	7月10日	12345691	N	東京都△△村1-2-3	大正4年1月14日	090-1234-5691	○	3月23日	4月11日	×	×	
15	口座不能	6月16日	7月10日	12345692	O	東京都××村1-2-3	大正4年1月15日	090-1234-5692	○	3月24日	4月12日	○	×	7/14: 「振込先口座確認依頼書」を送付。
16	口座確認中	6月17日	7月10日	12345693	P	東京都□□村1-2-3	大正4年1月16日	090-1234-5693	○	3月25日	4月13日	×	×	
17	再振込依頼	6月18日	8月10日	12345694	Q	埼玉県〇〇市1-2-3	大正4年1月17日	090-1234-5694	○	3月26日	4月14日	×	×	7/17: 決定日を7/10から8/10へ修正。 7/18: 被保険者より、提出のあった「振込先口座確認依頼書」を広域連合へ送付
18	完了	6月19日	7月10日	12345695	R	千葉県〇〇市1-2-3	大正4年1月18日	090-1234-5695	×	3月10日	3月27日	×	×	

4 被保険者番号 12345681

Dさん

I、申請者・振込先口座情報・・・※申請書①より転記					
被保険者申請・受領	○	被保険者申請 代理人受領	×	相続人申請・受領	×
①申請日	令和2年6月4日	①申請日		①申請日	
		②代理人情報 代理人氏名 代理人住所 被保険者との関係		②相続人情報 相続人氏名 相続人住所 相続人電話番号 被保険者との続柄	
②振込先口座情報	※被保険者名義口座	③振込先口座情報	※代理人名義口座	③振込先口座情報	※相続人名義口座
金融機関名	広域銀行	金融機関名		金融機関名	
支店名	中央支店	支店名		支店名	
種別	普通	種別		種別	
口座番号	1234567	口座番号		口座番号	
名義人氏名(カナ氏名)	コウキ タロウ	名義人氏名(カナ氏名)		名義人氏名(カナ氏名)	

II、「療養のため休んだ期間」および「支給対象日数」・・・申請書②より転記		
①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	※④欄より転記
②支給対象日数	7 日間	※⑤欄より転記 (事業主証明・医療機関証明要確認)

III、直近3ヶ月の勤務状況等・・・申請書③(事業主証明)より転記		
①労務不能期間中の 無給休暇の日数	10 日間	※①欄より転記
②直近3ヶ月間の 就労日数(月別)	1月 9 日間 2月 8 日間 3月 3 日間	※②欄より転記・算出
③直近3か月間の 就労日数(合計)	合計日数 20 日間	
④直近3ヶ月間の 給与収入(月別)	1月 90,000 円 2月 80,000 円 3月 30,000 円	※②欄より転記・算出
③直近3か月間の 給与収入(合計)	給与総額 200,000 円	

IV、医療機関による証明・・・申請(医療機関証明)より転記	
①証明書記載日	令和2年6月15日
②傷病名	新型コロナウイルス感染症
③発病年月日	令和2年3月10日
④初診日	令和2年3月13日
⑤労務不能期間	令和2年3月10日 から 令和2年3月31日 まで
⑥入院期間	令和2年3月13日 から 令和2年3月31日 まで

【支給単価】	¥6,667	【支給(対象)日数】	7日	【支給決定額】	¥46,669
--------	--------	------------	----	---------	---------

13 被保険者番号 12345690

Mさん

I、申請者・振込先口座情報・・・※申請書①より転記					
被保険者申請・受領	○	被保険者申請 代理人受領	×	相続人申請・受領	×
①申請日	令和2年6月14日	①申請日		①申請日	
		②代理人情報 代理人氏名 代理人住所 被保険者との関係		②相続人情報 相続人氏名 相続人住所 相続人電話番号 被保険者との続柄	
②振込先口座情報	※被保険者名義口座	③振込先口座情報	※代理人名義口座	③振込先口座情報	※相続人名義口座
金融機関名	広域銀行	金融機関名		金融機関名	
支店名	中央支店	支店名		支店名	
種別	普通	種別		種別	
口座番号	1234567	口座番号		口座番号	
名義人氏名(カナ氏名)	コウキ タロウ	名義人氏名(カナ氏名)		名義人氏名(カナ氏名)	

II、「療養のため休んだ期間」および「支給対象日数」・・・申請書②より転記			
①症状および期間	コロナウイルス感染症の感染疑いありと認める。 (認定期間は、3/10から3/27まで)		※③欄より転記
②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27日 まで		※④欄より転記
③支給対象日数	7 日間		※⑤欄より転記 (事業主証明・医療機関証明要確認)
④事業主証明記載日	令和2年6月15日 日		※医療機関証明なしのため、 事業主からの証明は必須。

III、直近3ヶ月の勤務状況等・・・申請書③(事業主証明)より転記			
①労務不能期間中の 無給休暇の日数	10 日間	※①欄より転記	
②直近3ヶ月間の 就労日数(月別)	1月	9 日間	
	2月	8 日間	
	3月	3 日間	
③直近3か月間の 就労日数(合計)	合計日数	20 日間	※②欄より転記・算出
④直近3ヶ月間の 給与収入(月別)	1月	90,000 円	
	2月	80,000 円	
	3月	30,000 円	
③直近3か月間の 給与収入(合計)	給与総額	200,000 円	※②欄より転記・算出

【支給単価】	¥6,667	【支給(対象)日数】	7日	【支給決定額】	¥46,669
--------	--------	------------	----	---------	---------

## 個人情報の保護に関する特記仕様書（特定個人情報含まないもの）

### （趣 旨）

第1条 本仕様書は、東京都後期高齢者医療広域連合（以下「甲」）が契約の相手方（以下「乙」）に委託契約をした業務について、個人情報の保護に必要な措置を講じるよう定めたものである。

### （秘密保持義務）

第2条 乙は、この契約の履行により直接又は間接に知り得た個人情報を、第三者に漏らしてはならない。また、契約期間満了後も同様とする。

### （個人情報保護義務）

第3条 乙は、個人情報の保護の重要性を認識し、個人情報の取扱いに当たっては、個人情報に係るデータ（以下「データ」）を乙の適切な管理下に置き、データの漏えい、紛失、改ざん、破損その他の事故を防止し、適正な管理及び安全の保護を図らなければならないものとする。

2 乙は、データの取扱いに関する責任者の設置及び従事者、作業場所の限定を行い、責任者及び作業場所を含む従事者名簿を甲に届け出なければならない。また、届け出た内容に変更があった場合は、速やかに報告しなければならない。

### （データの保管）

第4条 乙は、取り扱うデータの機密性、重要性に応じてデータ保護上の適切な設備を施した所定の場所に保管しなければならない。

### （データの目的外使用禁止）

第5条 乙は、データを当該受託業務以外の業務への使用及び第三者への提供をしてはならない。

### （従事者に対する遵守事項の周知）

第6条 乙は、この契約の履行に関する遵守事項について、受託業務に従事する者に周知しなければならない。

### （従事者に対する教育及び監督の実施）

第7条 乙は、当該業務に従事する者に対して、情報セキュリティに関する教育及び緊急時対応のための訓練を計画的に実施するとともに、当該従事者に対する適切な監督を実施しなければならない。

### （再委託の禁止）

第8条 乙は、委託業務の処理を第三者に委託し、又は請け負わせてはならない。ただし、やむを得ず第三者に委託する必要があるときは、あらかじめ再委託（再々委託以降を含む。以下本条において同じ。）する業者名、再委託の内容、実施場所を、書面をもって甲に事前に通知し、甲の承諾を得なければならない。また、再委託業者にも、この契約を遵守させなければならない。

(データの複写及び複製の禁止)

第9条 乙は、甲の受託業務で使用するデータを複写又は複製してはならない。ただし、作業処理上やむなく複写又は複製が必要になった場合は、あらかじめ甲の承認を受けるものとする。

(作業場所以外への持出しの禁止)

第10条 乙は、甲の受託業務で使用するデータを第3条により届け出た作業場所以外に持ち出してはならない。ただし、作業処理上やむなく持出しが必要になった場合は、あらかじめ甲の承認を受けるものとする。

(私物の電子計算機器等の使用禁止)

第11条 乙は、甲の受託業務の履行に際し、私物の電子計算機器又は記録媒体等を使用してはならない。ただし、作業処理上やむなく使用が必要になった場合は、甲の承認を受けるものとする。また、必要なくなった場合も同様とする。

(報告義務及び公表措置)

第12条 乙は、甲の求めに応じ、書面等により定期的にデータの管理状況等について甲に報告しなければならない。

2 乙は、事故発生時の対応マニュアルを整備するものとし、前項の規定にかかわらず、第2条から前条までの規定に係る事故が発生したときは、速やかに甲に報告し、甲の指示に従うとともに、事故又は被害の拡大を防止する最善の努力を払わなければならない。

3 甲は、この契約に関し、データの漏えい、紛失、改ざん、破損その他の事故が発生した場合は、必要に応じて当該事故に関する情報を公表することができる。

(立入検査及び調査)

第13条 甲は、データの管理状況について随時に立入検査又は調査をし、乙に対して必要な報告を求め、又は業務の処理に関して指示を与えることができる。

(損害賠償義務)

第14条 乙が故意又は重大な過失により甲に損害を与えたときは、乙はその損害を賠償しなければならない。

(提供資料等の返還又は消去義務)

第15条 乙は、委託業務で甲から個人情報を含むデータ等（以下「データ」という。）を提供された場合において、委託業務を完了した時は、データを甲の指定した方法により速やかに甲へ返却又は消去（物理的な破壊又は磁気的な破壊により、全てのデータを消去の上、復元不可能な状態にする措置）しなければならない。また、消去による場合には、確実な履行を確認するため、甲が作業完了まで立ち会うこととする。ただし、データ消去の立ち合いが困難と認められる場合は、甲乙協議の上、消去が確実にされたことを確認できる資料（画像等）による証明書の提出等に変更することができる。

2 乙は、機器リース契約における契約完了時は、物理的な破壊又は磁気的な破壊により、全てのデータを消去の上、復元不可能な状態にする措置をしなければならない。また、その際には、必ず甲が立ち合いを行い、乙は必要な対応を行うこと。

3 前2項の規定は、作業処理上やむなく発生した複写物又は複製物についても同様とする。

(協議)

第 16 条 個人情報の保護に関し、この仕様書に定めのない事項については、甲、乙協議して定めるものとする。

東京都  
後期高齢者医療制度

加入中の **被用者** の方へ

**新型コロナウイルス感染症**に

感染又は感染が疑われる方が  
療養のため仕事を休んだとき



**傷病手当金**

の申請ができます

**手当金を受けるには** 以下の条件をご確認のうえ、裏面もご覧ください

【適用期間】 令和2年1月1日から令和2年9月30日までの期間が対象

**1. 新型コロナウイルス感染症の療養のため仕事ができないこと**

※感染が疑われる場合、まずは「帰国者・接触者相談センター」へご連絡ください。

**2. 4日以上休んでいること**

**3. 休んだ期間について給与がもらえないこと**

会社から給与が支払われている場合でも、その金額が傷病手当金より少ないときは、その差額が支給されます。

**支給額**

直近の継続した3か月間の  
給与収入の合計額  
÷  
就労日数

× 3分の2 × 支給対象日数

## 傷病手当金の申請方法

### ① 「後期高齢者医療傷病手当金支給申請書」は4種類 ※申請書類は、「広域連合お問合せセンター」へご請求ください

#### ◆申請書(被保険者記入用①)

手当金は、原則、被保険者ご本人様の銀行へ振込で支給となります。

#### ◆申請書(被保険者記入用②)

やむを得ず、医療機関を受診できなかった場合は、「医療機関受診等証明書」の提出の代わりに、事業主の方の証明が必要となります。

#### ◆申請書(事業主記入用) ※事業主に記載を依頼してください

直近3か月間において、複数の事業所に勤務していた場合は、それぞれの事業主からの証明が必要となります。

#### ●医療機関受診等証明書 ※医師に記載を依頼してください

帰国者・接触者相談センターを通じて紹介された帰国者・接触者外来等の医療機関受診時に、医師へ所定の「医療機関受診等証明書」をご提出ください。

### ② 東京都後期高齢者医療広域連合へ郵送で申請下さい

感染拡大防止のため、最寄りの各区市町村の後期高齢者医療担当課窓口での受付は行いません。

### ③ 審査を行い、支給決定通知書をお送りします

審査の結果、支給を決定した場合は支給額及び振込日が記載された通知書を発送いたします。

※書類不備等の場合を除き、申請から概ね1か月程度でご指定の銀行へお振込いたします。

## お問い合わせ・申請書類請求先

### 広域連合お問合せセンター

電 話 0 5 7 0 - 0 8 6 - 5 1 9

(ハローコーイキ)

F A X 0 5 7 0 - 0 8 6 - 0 7 5

東京都後期高齢者医療広域連合

〒102-0072 東京都千代田区飯田橋3-5-1 東京区政会館16階