別記様式（その2）（第2条関係）

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書②（被保険者記入用）

（新型コロナウイルス感染症に感染したとき又は発熱等の症状があり当該感染症の感染が疑われるときに限ります。）

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
②	1	（①で「受診した」と回答した場合） 医療機関の受診日	年　月　日 年　月　日 年　月　日
②	2	（①で「受診していない」と回答した場合） 症状（期間などを具体的に）	
③	療養のために休んだ期間	年　月　日から 年　月　日まで	
④	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
⑤	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
⑥	⑤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）
⑦	上記の療養のために休んだ期間に他の健康保険（船員保険、国民健康保険、共済組合、他の後期高齢者医療を含む）から同一の事由による給付を受けましたか。または、今後受けられますか。		1．はい　2．いいえ ↓ （対象期間　年　月　日から　年　月　日）

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

事業主記入欄	
	年　月　日
	上記③～⑥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		連絡先	