

# 後期高齢者医療傷病手当金支給申請書①(被保険者記入用)

|                                                                                     |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |      |  |                                                               |   |  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|------|--|---------------------------------------------------------------|---|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>情<br>報                                                          | 被保険者番号     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |      |  |                                                               |   |  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                     | (フリガナ)     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |      |  |                                                               |   |  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                     | 氏 名        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |      |  | 生年月日                                                          | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                     | 住 所        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |      |  |                                                               |   |  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 振<br>込<br>先                                                                         | 金融機関<br>名称 | 銀行・金庫・信組<br>農協・漁協<br>その他( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |      |  | 本店・支店<br>出張所・本店営業部<br>本所・支所<br>その他( )<br>※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入 |   |  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                     | 預金別        | 普通・当座<br>その他( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  | 口座番号 |  |                                                               |   |  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                     | 口座名義(カタカナ) | <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> |  |  |  |      |  |                                                               |   |  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                     |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |      |  |                                                               |   |  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                     |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |      |  |                                                               |   |  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ※左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1字として、姓と名の間は一字空けてください。                                         |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |      |  |                                                               |   |  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所 電話 番 号</p> <p>申請者氏名 ① 大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛</p> |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |      |  |                                                               |   |  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

【受取代理人の欄】(被保険者以外の方が受領する場合は、記入が必要です。)

|                                        |                                      |   |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
|----------------------------------------|--------------------------------------|---|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者                       | 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 年 月 日 |   |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
|                                        | 氏名                                   | ① |  |  |  |  |  | 住所 |  |  |  |  |
| 代<br>理<br>人<br>(口<br>座<br>名<br>義<br>人) | 〒 —                                  |   |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
|                                        | (フリガナ)                               |   |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
|                                        | 氏 名                                  |   |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
| 保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄             | 支給決定額                                |   |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |
|                                        | 円                                    |   |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |

## 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)

|        |  |
|--------|--|
| 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<br>への相談日<br>※相談した場合に記入                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 年 月 日<br>( 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)<br>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)<br>③症状(期間などを具体的に)                        |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ④療養のために<br>休んだ期間                                              | 年 月 日から<br>年 月 日まで                      | ⑤左記期間のうち、勤務ができなかった日数<br>(<br>新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり<br>感染が疑われる場合を含む)によらない休暇や<br>勤務予定がなかった日は除く。<br>)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 日               |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ⑥ 上記の療養のために休んだ期間に<br>給与等の支払いを受けましたか。<br>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<br>与等の額と、その報酬支払の対象と<br>なった(なる)期間をご記入ください。 | 年 月 日から<br>年 月 日まで                      | (給与等の額:円)<br><table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></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。)

|                |                                              |
|----------------|----------------------------------------------|
| 事業主<br>記入<br>欄 | 年 月 日                                        |
|                | 上記④～⑦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          | ⑩                                            |
| 担当者氏名          | 電話番号                                         |

# 後期高齢者医療傷病手当金支給申請書③(事業主記入用)

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

|                                                                                                                                                                         |                                                                                        |                                                                                                                                                                                             |                      |      |  |                |  |                |                |   |  |                          |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------|--|----------------|--|----------------|----------------|---|--|--------------------------|--|
| <b>被保険者氏名</b>                                                                                                                                                           |                                                                                        |                                                                                                                                                                                             |                      |      |  |                |  |                |                |   |  |                          |  |
| ①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)により、労務に服することができなかった期間の属する月における勤務状況<br>上記の事由による無給休暇の日数を×で表示してください。                                                                   |                                                                                        |                                                                                                                                                                                             |                      |      |  |                |  |                |                |   |  | 左記の事由による<br>無給休暇の日数      |  |
| 年 月                                                                                                                                                                     | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15<br>16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |                                                                                                                                                                                             |                      |      |  |                |  |                |                |   |  | 日                        |  |
| 年 月                                                                                                                                                                     | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15<br>16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |                                                                                                                                                                                             |                      |      |  |                |  |                |                |   |  |                          |  |
| ②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)により、労務に服することができなかった期間の開始月を含む直近3か月の勤務状況<br>【出勤は○】、【有給休暇は△】、【上記の事由による無給休暇は×】、【その他の休暇(賃金が生じる)は=】、<br>【その他の休暇(賃金が生じない)は/】でそれぞれ表示してください。 |                                                                                        |                                                                                                                                                                                             |                      |      |  |                |  |                |                |   |  | 賃金が生じた日数の計<br>(○、△、= の計) |  |
| 年 月                                                                                                                                                                     | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15<br>16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |                                                                                                                                                                                             |                      |      |  |                |  |                |                |   |  | 日                        |  |
| 年 月                                                                                                                                                                     | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15<br>16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |                                                                                                                                                                                             |                      |      |  |                |  |                |                |   |  | 日                        |  |
| 年 月                                                                                                                                                                     | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15<br>16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |                                                                                                                                                                                             |                      |      |  |                |  |                |                |   |  | 日                        |  |
| 年 月                                                                                                                                                                     | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15<br>16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |                                                                                                                                                                                             |                      |      |  |                |  |                |                |   |  | 日                        |  |
| ②の期間に対して、賃金を支払いましたか？<br>1. はい<br>2. いいえ                                                                                                                                 |                                                                                        | 給与の種類<br><input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給<br><input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給<br><input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他 |                      | 賃金計算 |  | 締日             |  | 日              |                |   |  |                          |  |
|                                                                                                                                                                         |                                                                                        |                                                                                                                                                                                             |                      |      |  | 支払日            |  | 1. 当月<br>2. 翌月 |                | 日 |  |                          |  |
| ②の期間の課税対象となる賃金支給状況をご記入ください。ただし、期末勤勉手当(賞与)は除く。                                                                                                                           |                                                                                        |                                                                                                                                                                                             |                      |      |  |                |  |                |                |   |  |                          |  |
| 事業主が証明するところ<br><br>支給した賃金内訳                                                                                                                                             | 期間<br>区分                                                                               | 単価(円)                                                                                                                                                                                       | 月 日 ~<br>月 日 分       |      |  | 月 日 ~<br>月 日 分 |  |                | 月 日 ~<br>月 日 分 |   |  |                          |  |
|                                                                                                                                                                         |                                                                                        |                                                                                                                                                                                             | (A)支給額(円)            |      |  | (B)支給額(円)      |  |                | (C)支給額(円)      |   |  |                          |  |
|                                                                                                                                                                         | 基本給                                                                                    |                                                                                                                                                                                             |                      |      |  |                |  |                |                |   |  |                          |  |
|                                                                                                                                                                         | 時給                                                                                     |                                                                                                                                                                                             |                      |      |  |                |  |                |                |   |  |                          |  |
|                                                                                                                                                                         | 手当                                                                                     |                                                                                                                                                                                             |                      |      |  |                |  |                |                |   |  |                          |  |
|                                                                                                                                                                         | 手当                                                                                     |                                                                                                                                                                                             |                      |      |  |                |  |                |                |   |  |                          |  |
|                                                                                                                                                                         | 手当                                                                                     |                                                                                                                                                                                             |                      |      |  |                |  |                |                |   |  |                          |  |
|                                                                                                                                                                         | 手当                                                                                     |                                                                                                                                                                                             |                      |      |  |                |  |                |                |   |  |                          |  |
|                                                                                                                                                                         | 現物給与                                                                                   |                                                                                                                                                                                             |                      |      |  |                |  |                |                |   |  |                          |  |
|                                                                                                                                                                         | 計                                                                                      |                                                                                                                                                                                             |                      |      |  |                |  |                |                |   |  |                          |  |
|                                                                                                                                                                         |                                                                                        |                                                                                                                                                                                             | 賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計) |      |  |                |  |                | 円              |   |  |                          |  |
| 賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。                                                                                                                                           |                                                                                        |                                                                                                                                                                                             |                      |      |  |                |  |                |                |   |  |                          |  |
| 年 月 日                                                                                                                                                                   |                                                                                        |                                                                                                                                                                                             |                      |      |  |                |  |                |                |   |  |                          |  |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。<br>事業所所在地<br>事業所名称<br>事業主氏名                                                                                                                         |                                                                                        |                                                                                                                                                                                             |                      |      |  |                |  |                |                |   |  |                          |  |
| (印)                                                                                                                                                                     |                                                                                        |                                                                                                                                                                                             |                      |      |  |                |  |                |                |   |  |                          |  |
| 担当者氏名                                                                                                                                                                   |                                                                                        |                                                                                                                                                                                             |                      | 電話番号 |  |                |  |                |                |   |  |                          |  |

# 後期高齢者医療傷病手当金支給申請書④(医療機関記入用)

|                                                                                        |                         |  |     |  |   |  |                                                 |  |         |  |                             |  |                                |  |                             |  |                             |  |                             |  |                             |       |  |       |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--|-----|--|---|--|-------------------------------------------------|--|---------|--|-----------------------------|--|--------------------------------|--|-----------------------------|--|-----------------------------|--|-----------------------------|--|-----------------------------|-------|--|-------|--|---|--|---|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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   |  |                             |  |                                |  |                             |  |                             |  |                             |  |                             |       |  |       |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                        | 労務不能と認められた期間            |  | 年   |  | 月 |  | 日から                                             |  |         |  |                             |  |                                |  |                             |  |                             |  |                             |  |                             |       |  |       |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                        |                         |  | 年   |  | 月 |  | 日まで                                             |  |         |  |                             |  |                                |  |                             |  |                             |  |                             |  |                             |       |  |       |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                        | 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( ) |  |                             |  |                             |  |                             |  |                             |       |  |       |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                        |                         |  | 年   |  | 月 |  | 日まで                                             |  | 転帰      |  | <input type="checkbox"/> 自費 |  | <input type="checkbox"/> その他   |  | <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     |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                        |                         |  | 年   |  | 月 |  | 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |  |         |  |                             |  |                                |  |                             |  |                             |  |                             |  |                             | 診療実日数 |  | 日     |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                        |                         |  | 年   |  | 月 |  | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15             |  |         |  |                             |  |                                |  |                             |  |                             |  |                             |  |                             | 診療実日数 |  | 日     |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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)                                            |                         |  |     |  |   |  |                                                 |  |         |  |                             |  |                                |  |                             |  |                             |  |                             |  |                             |       |  |       |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                        |                         |  |     |  |   |  |                                                 |  |         |  |                             |  |                                |  |                             |  |                             |  |                             |  |                             |       |  | 手術年月日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                        |                         |  |     |  |   |  |                                                 |  |         |  |                             |  |                                |  |                             |  |                             |  |                             |  |                             |       |  | 退院年月日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 症状経過から見て従来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                                                                                  |                         |  |     |  |   |  |                                                 |  |         |  |                             |  |                                |  |                             |  |                             |  |                             |  |                             |       |  |       |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span> 電話番号 |                         |  |     |  |   |  |                                                 |  |         |  |                             |  |                                |  |                             |  |                             |  |                             |  |                             |       |  |       |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |