

記入例 ①

様式第25-2号（附則第4項関係）

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）

(1) 被保険者(あなた)の被保険者番号(被保険者証に記載しています)、氏名、生年月日を記入してください。

被保険者情報	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	生年月日 大正 昭和	15	年	1	月	1	日
	(フリガナ)	コウキ タロウ														
	氏名	後期 太郎														

(2) 振込先の金融機関、支店名、口座番号、口座名義人(カタカナ)を記入してください。

該当するものに○をつけてください。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	ゆうちょ	銀行	五-一八	本店	普通										
	信金	信	支	支店	当										
	農協	庫	店	座	座										
金融機関コード		支店コード		預金種別											
9 9 0 0 0 5 1 8		9 9 0 0 5 1 8		()											
口座番号(右詰)	1 2 3 4 5 6 7	記号番号	1 5 1 2 0 - 1 2 3 4 5 6 1												
口座名義(カタカナ)	コウキ タロウ														

※ゆうちょ銀行の場合は「ゆうちょ」と記入してください。
 ※ゆうちょ銀行で口座番号不明のときは必ず記入してください。
 ※被保険者以外の口座へ振り込む場合は下の委任状に記入してください。
 ※「金融機関コード」「支店コード」がわからないときは、空欄にしてください。
 ※お間違えのないように注意してください。

(3) 被保険者の郵便番号、住所、氏名、電話番号を記入してください。

上記のとおり、傷病手当金の支給を申請します。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

広島県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者の住所・氏名等
(〒○○○-○○○○)

住所 ○○県△△市□□町1丁目2番3号

氏名 後期 太郎

電話番号 (○○○)○○○-○○○○

(4) 被保険者以外の方が申請を行う場合や被保険者名義以外の口座へ振り込む場合は、この「委任状」欄に被保険者の住所・氏名を記入してください。また、委任する項目についてチェックを入れ(☑)、代理人の住所・氏名を記入してください。

委任状 ※申請または振込口座を本人以外とする場合は、該当する項目に☑を入れて記入してください。

私は下記の者を代理人と定め、後期高齢者医療傷病手当金(高齢者の医療の確保に関する法律第56条)に付次の行為に関する一切の権限を委任します。

委任者(被保険者)の住所 _____

氏名 _____

申請に関すること。

受領に関すること。

代理人(受任者)の住所 _____

氏名 _____ 被保険者との関係 _____

(4) 被保険者以外の方が申請を行う場合や被保険者名義以外の口座へ振り込む場合は、この「委任状」欄に被保険者の住所・氏名を記入してください。また、委任する項目についてチェックを入れ(☑)、代理人の住所・氏名を記入してください。

記入例 ②

様式第 25-3号 (附則第 4 項関係)

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)

被保険者氏名	後期 太郎
--------	-------

症状が出た日	令和 2 年 3 月 10 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	令和 2 年 3 月 13 日 (午前11時頃)
①医療機関の受診状況	1. 受診した <input checked="" type="radio"/> 2. 受診していない <input type="radio"/>		
①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日	令和 2 年 3 月 13 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(期間などを具体的に)			
③療養のために 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(土日祝含む)や勤務予定がなかった日は除く。)	7 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 <input type="radio"/> 2. いいえ <input checked="" type="radio"/>		
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	(給与等の額:円)	
	年 月 日まで		

(5) ①で「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おいて事業主の証明が必要になります。また、③に症状や症状が出た期間について記入してください。

(6) ⑤で「はい」と回答し、療養のため休んだ期間に給与等の支払いを受けた、または受ける見込みがある場合は記入してください。

(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	年 月
	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	電話番号

※賃金計算の締日が毎月末日の場合、3月10日から27日まで療養のために休んだ方は、給与等の支払対象期間は「令和2年3月1日から令和2年3月31日まで」となります。また、3月分の給与等の額についても記入してください。

記入例 ③

様式第25-4号（附則第4項関係）

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。

被保険者氏名		後期 太郎			
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 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 無給休暇の日数		
令和 2年 3月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	10 日			
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 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属する月の直近3か月の勤務状況 【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＝】、【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 （○、△、＝ の計）		
令和 元年 12月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	9 日			
令和 2年 1月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	8 日			
令和 2年 2月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	10 日			
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31				
②の期間に対して、賃金を支払いましたか？	1. はい	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input checked="" type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他	締日 毎月末 日	
	2. いいえ		賃金計算	支払日 1. 当月 2. 翌月 25 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	期間	単価(円)	12月 1日 ~ 12月 31日 分	1月 1日 ~ 1月 31日 分	2月 1日 ~ 2月 29日 分
	区分		(A)支給額(円)	(B)支給額(円)	(C)支給額(円)
	基本給	100000	90000	80000	100000
	時給				
	手当				
	手当				
	手当				
	現物給与				
計		90000	80000	100000	
			賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)		
			270000 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。					
令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日					
上記のとおり相違ないことを証明します。					
事業所所在地 ○○県△△市××町4丁目5番6号					
事業所名称 (株) 後期					
事業主氏名 後期 花子					
担当者氏名	後期 次郎		電話番号	××× - ××× - ××××	

記入例 ④

様式第25-5号（附則第4項関係）

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	後期 太郎																
	傷病名	新型コロナウイルス感染症による呼吸器疾患（肺炎）					初診日	令和 2年 3月13日										
	発病年月日	令和 2年 3月10日					発病の原因	不詳										
	労務不能と認められた期間	令和 2年 3月10日から																
		令和 2年 3月31日まで																
	うち、入院期間	令和 2年 3月10日から					療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 後期 <input checked="" type="checkbox"/> 公費（感染症） <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他										
		令和 2年 3月31日まで					転帰	<input checked="" 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。	令和 2年 3月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療実日数 22 日
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
		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	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）																		
新型コロナウイルス感染症の感染の疑いのため、3/10初診。検査の結果陽性であり、肺炎の症状がみられたため同日から入院。2週間程度で症状の改善が見られ、3/31に実施した検査において陰性となったため退院。												手術年月日	年 月 日					
												退院年月日	令和 2年 3月31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																		
肺炎の症状の改善後も感染拡大防止の観点から、検査が陰性となるまでは入院が必要であったため、入院期間は労務不能と判断した。																		
令和 ○年 ○月 ○日																		
上記のとおり相違ありません。																		
医療機関の所在地		○○県△△市●●町1丁目2番3号																
医療機関の名称		後期中央病院																
医師の氏名		後期 三郎										電話番号 △△△ - △△△ - △△△△						