様式第２号（第２条関係）

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（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　　2．受診していない	
（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	
③症状（当てはまるもの全てに○をつけ、カッコ内を記入）		①．発熱・咳・のどの痛み等風邪の症状があった （令和2年3月8日～令和2年3月15日頃まで） 2．高熱がでた （　年　月　日～　年　月　日頃まで） 3．強いだるさ（倦怠感）や息苦しさ（呼吸困難）があった （　年　月　日～　年　月　日頃まで） 4．味覚や嗅覚に異常があった （　年　月　日～　年　月　日頃まで） 5．その他（　　）	
④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	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。）	7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。	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	（給与等の額：円）

（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　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。 ※事業主が個人の場合、押印省略可 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	