

様式第29号の3(第22条の2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					
症状が出た日	令和 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	令和 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			
(①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日		令和 年 月 日			
		令和 年 月 日			
		令和 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 年 月 日から 令和 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。	令和 年 月 日から	(給与等の額：円)			
	令和 年 月 日まで				

(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	