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 | |
|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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<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<br>年　月　日<br>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） | | | |
| ③療養のために休んだ期間 | 年　月　日から<br>年　月　日まで | ④左記期間のうち，勤務ができなかった日数<br>（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。） | 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。<br>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<br>年　月　日まで | （給与等の額：円）<br>□□□□□□□ |

（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　日<br>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。<br>事業所所在地<br>事業所名称<br>事業主氏名 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 担当者氏名 | | 電話番号 | |