

新潟県後期高齢者医療 傷病手当金支給申請書（被保険者記入用①）

| | | | | | | | | | | | |
|------------------|---------|------------------------------------|--|--|-------------------|--|--|--|-------------------------|-------|--|
| 被 保 険 者 | 被保険者証番号 | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | 氏 名 | | | | | | | | | | |
| | 住 所 | | | | | | | | | | |
| 支払区分 | | 口座振込金融機関 | | | | | | | 預金種別 | | |
| 口座振込 | | 銀 行 信用金庫 信用組合 労働金庫 農 協 | | | 本 店 支 店 出張所 | | | | 1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄 | | |
| 口 座 番 号 | | | | | 口 座 名 義 人 | | | | | | |
| | | | | | フリガナ | | | | | | |
| | | | | | 氏名 | | | | | | |

上記のとおり申請します。

年 月 日

（あて先） 新潟県後期高齢者医療広域連合長

申請者（被保険者） 〒 —

住所

氏名 印 TEL —

委任状欄

年 月 日

支給される傷病手当金の受領を下記の者に委任します。

委任する方

氏名 印 TEL —

委任を受ける方

〒 —

住所

氏名 印 TEL —

委任する方との関係

| | | |
|----------|-------|---|
| 【保険者記入欄】 | 支給決定額 | 円 |
|----------|-------|---|

新潟県後期高齢者医療 傷病手当金支給申請書（被保険者記入用②）

| | |
|--------|--|
| 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 ※相談した場合に記入 | 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 | 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) ③ 症状（期間などを具体的に） | | | | | | | | | | | |
| ④ 療養のため に休んだ期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | ⑤ 左記期間のうち、勤務ができなかった日 (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 | | | | | | | | |
| 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。 | 年 月 日から 年 月 日まで | (給与等の額：円) <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></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 記入 欄 | 年 月 日 |
| | 上記③～⑦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 |
| | ⑧ |
| 担当者氏名 | 電話番号 |