

## 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）

捺印

## 同意書

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

神奈川県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、神奈川県後期高齢者医療広域連合が関係諸機関（事業主・医療機関・前加入保険者・官公署等）に対して、必要な情報の照会を行うこと、また関係諸機関が神奈川県後期高齢者医療広域連合に回答することに同意します。  
また照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とします。

年 月 日

申請者氏名

印

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)	相談できなかった場合はその理由（「○」を付けてください）			
		1. 高熱・呼吸困難の症状がひどく、電話できる状態ではなかった 2. 何度も電話したが、通話中で繋がらなかった（ 月 日） 3. その他（ )			
①医療機関の受診状況		1. 受診した		2. 受診していない	
②医療機関の受診日と名称 (①で「受診した」と回答した場合に記入)	受診日	年 月 日	名称		
	受診日	年 月 日	名称		
	受診日	年 月 日	名称		
③症状(期間などを具体的に) (①で「受診していない」と回答した場合に記入)					
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

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記入欄について、事業主の証明が必要です。)

事業主記入欄	年 月 日
	上記④、⑤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	印
担当者氏名	電話番号