

記入例

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書①(被保険者記入用)

被 保 険 者	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7					
	(フリガナ) 氏名	コウキ ジロウ 後期 二郎							生年月日	大正 昭和 15 年 1 月 1 日				
	住所	神奈川県〇〇市区町村〇〇町1丁目2番3号												
振 込 先	金融機関 名称	ゆうちょ			銀 行	五一八			支 店 出張所 支 所					
	預金種目	1.普通預金			口座番号			1	2	3	4	5	6	7
	口座名義 (カタカナ)	コ	ウ	キ	シ	ロ	ウ							
	※カタカナで上段より左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1字として、姓と名の間は1マス空けてください。													

(1) 被保険者の被保険者番号(被保険者証に記載しています)、氏名、生年月日、住所を記入してください。

(2) 振込先の金融機関、支店名、口座番号、口座名義(かたかな)を記入してください。

※申請者以外の口座へ振り込む場合は下の【受取代理人欄】に記入してください。

※「金融機関コード」「支店コード」が分からないときは空欄にしてください。

※お間違いのないように注意してください。

神奈川県後期高齢者医療広域連合長 宛

上記のとおり申請します。

令和2年 7 月 1 日

申請者 住 所 神奈川県〇〇市区町村〇〇町1丁目2番3号

氏 名 後期 二郎

電話番号 (012) 3456 - 7890 (※日中連絡が取れる番号をご記入ください)

(3) 申請年月日及び申請者の住所、氏名、電話番号(必ず日中連絡の取れる番号をおねがいします。)を記入してください。

【受取代理人の欄】(申請者以外の方が受領する場合は、記入が必要です。)

申請者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和2年 7 月
	氏名	後期 二郎	(印)
代理人 (口座名義人)	〒	123 - 4567	
		■■県●●市区町村▲▲町5丁目6番7号	
	(フリガナ) 氏名	コウキ ハナコ 後期 花子	
		(印) 後期花子	申請者の関係  子

(4) 被保険者が死亡し、相続人が申請される際は、戸籍謄本等相続権が確認できる書類を添付した『後期高齢者医療給付費に関する申請及び受領に関する申立書』を併せて提出する必要があります。

保 険 者 記 入 欄	支給決定額	〇	備考	受付印
	ここは記入しないでください			

(5) 申請者名義以外の口座へ振り込む場合は、この【受取代理人の欄】に申請者の氏名を記入し、印鑑を押してください。また、代理人の郵便番号、住所、氏名、申請者との関係を記入し、代理人の印鑑を押してください。

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)

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。

令和2年7月1日

申請者氏名 後期 二郎



(2) やむを得ず、帰国者・接触者相談センターに電話等ができなかったときは下段の理由を必ず選択・記入してください。

症状が出た日	令和2年3月10日	(1) 電話で帰国者・接触者相談センターに相談した日付を記入してください。
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)	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( )

(3) ①で「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おいて事業主の証明が必要になります。  
また、③に症状や症状が出た期間について記入してください。

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	令和2年3月13日	名称	後期総合病院
	受診日	年 月 日	名称	
	受診日	年 月 日	名称	

(4) ①で医療機関を「受診していない」と回答した場合に、症状の発生期間や症状について具体的に記入してください。

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) ※書ききれない場合は別紙でも可	5/10に発熱(38.0℃)・せき・倦怠感あり。 5/13~17は37.0~37.3℃の微熱が続き、5/18以降は平熱になったが、せきが残っていたので市販薬を服用のうえ自宅療養し、5/27に症状はなくなった。		
④療養のために休んだ期間	令和2年3月10日から	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。)	10日
	令和2年3月27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、下記の事業主記入欄について、事業主の証明が必要です。)

(5) 医療機関の証明書中「労務不能と認めた期間」と一致している必要があります。

事業主記入欄	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。	令和2年6月15日	
	事業所所在地	▲▲県●●市■■町1丁目2番3号	
	事業所名称	株式会社 後期サービス	
	事業主氏名	代表取締役 神奈川 一郎	

(6) ①の医療機関の受診状況において、「2. 受診していない」と回答した場合は、事業主の証明が必要です。  
※「受診している」と回答した場合には記入不要です。

担当者氏名	健康 太郎	電話番号	000-111-2222
-------	-------	------	--------------

# 後期高齢者医療傷病手当金支給申請書③(事業主記入用)

労務に服することができなかった被保険者について、勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

被保険者氏名	A 後期 二郎	
雇用期間	B 令和2 年 1 月 1 日 から	1. 雇用終了日未定 2. 年 月 日 まで
雇用の形態	C <input checked="" type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非常勤・臨時職員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> その他( )	
就労日	D <input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝祭日 <input type="checkbox"/> 不定休(週 日程度勤務)	
勤務地	E ▲▲県●●市■町1丁目2番3号	
通勤手段	F <input checked="" type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> その他( )	
社会保険等の加入の有無	G 1. 社会保険に加入している 2. 国保組合に加入している 3. 上記の保険には加入していない。	1. 上記雇用期間と同じ 2. 年 月 日 から 年 月 日 まで
事業主が証明するところ	①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)により、 <b>労務に服することができなかった期間の属する月</b> における勤務状況	
	【出勤は○】、【有給休暇は△】、【無給休暇は×】、【賃金が減額されて生じる休暇は＝】、【公休日及び勤務が予定されていない日は公】でそれぞれ表示してください。	
	令和2年3月	公 2 3 4 5 6 公 公 9 × × × × × 公 公
	年 月	× × × × × 公 公 公 × × × × × × × 公 公 30 31
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	日
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26	日
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26	日
	計 日	
「労務に服することができなかった期間」(休暇をとった期間)のうち、「有給休暇」・「公休日及び勤務が予定されていない日」以外の日の賃金支給状況	I 1. はい 2. いいえ	J 円
上記の賃金の計算方法についてご記入ください(基本給に対する支給割合等)。		
K		

(裏面あり)

記入例

## A 被保険者氏名

労務に服することができなかった被保険者の氏名を記載してください。

## B 雇用期間

雇用開始日から雇用終了(予定)日を書いてください。

現在、雇用されている方で、雇用終了日が特に決まっていない方は1を選択、過去に雇用されていた方の証明の場合は2を選択し、雇用終了日を記入してください。

## C 雇用の形態

該当する雇用の形態を選択してください。

## D 就労日

勤務している日を記入してください。シフト勤務の方は不定休を選択し、週に何日程度勤務しているか記入してください。(あわせて、**シフト表がある場合は参考資料といたしますので、ご提出ください。**)

## E 勤務地

通常勤務している場所の住所を記入してください。

## F 通勤手段

通常勤務している通勤手段を選択してください。(複数ある場合は全て選択)

## G 社会保険等の加入状況

社会保険・国民健康保険に該当しているか、該当する番号を選択してください。

(1. 2を選択の場合、保険加入期間もあわせて記入をお願いします。)

## H 労務に服することができなかった期間の属する月における勤務状況

労務に服することができなかった期間の属する月に係る全ての日について、記入をしてください。なお、**労務に服することができなかった日数の計については記入不要です。**「労務に服することができなかった期間」が月をまたがる場合には2か月分の勤務状況を記入してください。

【例】「労務に服することができなかった期間」が3月28日～4月10日までの場合は、月をまたがっているため3月と4月すべての勤務状況を記入してください。

## I 労務に服することができなかった期間(休暇をとった期間)のうち、「有給休暇」・「公休日及び勤務が予定されていない日」以外の日の賃金支給状況

休暇を取った期間に係る賃金支払いの有無について記入してください。なお、**「有給休暇」・「公休日及び勤務が予定されていない日」については含めません。**

## J 労務に服することができなかった期間の支給額

Iで「はい」と回答した場合は、その額を記入してください。

## K 賃金計算方法

労務に服することができなかった期間の賃金について、計算方法がわかるよう記入してください。

【例】「通常の60%の割合で支給」

**記入例**

②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)により、**労務に服することができなかった期間の4日目の属する月の直近3か月**の勤務状況  
 【当該月は含めません。  
 例:4日目が3月31日ならば12~2月、4月2日ならば1月~3月)】

賃金が生じた日数の計  
 (○、△、= の計)

令和元年 12月	公 2 3 4 5 6 公 公 9 10 11 12 △ 公 公 16 17 18 19 20 公 公 23 24 25 26 27 公 公 公 30	20	日
令和2年 1月	公 公 公 公 公 6 7 8 9 10 公 公 公 4 5 16 17 公 公 20 21 22 23 24 公 公 27 28 29 30 31	19	日
令和2年 2月	公 公 公 3 4 5 6 7 公 公 10 公 2 3 4 公 公 17 18 19 20 21 公 公 公 25 26 27 28 公 公	18	日

②の期間に対して、賃金を支払いましたか?  
 1. はい  2. いいえ

給与の種類  
 月給  時間給  日給  歩合給  日給月給  その他

締日 毎月末 日  
 支払日 1. 当月 2. 翌月 25 日

②の期間の課税対象となる賃金支給状況をご記入ください。ただし、**期末勤動手当(賞与)は除く。**

区分	単価(円)	12月1日 ~ 12月31日分	1月1日 ~ 1月31日分	2月1日 ~ 2月29日分
		(A)支給額(円)	(B)支給額(円)	(C)支給額(円)
基本給(日給・時給)				
基本給(月給)	210000	210000	210000	210000
通勤手当	120000			
住居手当	20000	20000	20000	20000
手当				
手当				
現物給与				
計		230000	230000	230000

賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計) 690000円

賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。  
 基本給は、月給で210,000円。  
 通勤手当は欠勤控除なし(12/25に6か月の大(1~6月分)として、120,000円を支給)。住居手当は欠勤控除なし。

令和2年 6月 15日

上記のとおり相違ないことを証明します。

事業所所在地 ▲▲県●●市■町1丁目2番3号

事業所名称 株式会社 後期サービス

事業主氏名 代表取締役 神奈川 一郎

担当者氏名 健康 太郎 電話番号 000-111-2222

**L 労務に服することができなかった期間の4日目の属する月の直近3か月の勤務状況**  
 労務に服することができなかった期間の4日目の属する月の全ての日の勤務状況について記入してください。  
 「労務に服することができなかった4日目」とは、労務不能になった日以後、「△、×、=、公」のいずれかが3日連続(ただし、3日連続のうち1日目は、就労する予定であったが、就労することができなかった日(「△、×、=、」)であること。)で続いた後の「×、=」のことを指します。

**【例1】**  
 金曜日から労務不能になり、金曜日が有給休暇(△)、土・日曜日が公休日(公)で月曜日に無給休暇(×)を取得した場合、月曜日が4日目となります。月曜日が4月の場合、4月の直近3か月は1、2、3月となりますのでその勤務状況を記入してください。

**【例2】**  
 月曜日から労務不能になり、月、火、水曜日に無給休暇(×)を取得し、木曜日が公休日(公)、金曜日に無給休暇(×)を取得した場合、金曜日が4日目となります。金曜日が4月の場合、4月の直近3か月は1、2、3月となりますのでその勤務状況を記入してください。

**M 賃金が生じた日数の計**  
 (○、△、=)の合計数を月ごとに記入してください。

**N 給与について**  
 支払っている給与について、記入してください。

**O 支給した賃金内訳**  
 労務に服することができなかった期間の4日目の属する月の直近3か月に支給した賃金内訳を月ごとに記入してください。

- ・手当とは、通勤手当や住宅手当等の各種手当のことを指します。
- 課税対象となる手当**がある場合には記入してください。
- ・現物給与とは、食事の現物支給や賃貸住宅の割安な利用など、金銭以外で受ける経済的利益のことを指します。課税対象となる現物給与がある場合に記入してください。

**P 賃金計算方法**  
 上記の賃金支給状況の内訳がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算等を記入してください。

**Q 事業主証明欄**  
 事業所所在地、事業所名称、事業主氏名、担当者氏名、電話番号を記入してください。

**※訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入してください。**

# 後期高齢者医療傷病手当金支給申請書④(医療機関記入用)

**記入例**

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名	後期 二郎 (A)			
	傷病名 (B)	新型コロナウイルス感染症による呼吸器疾患(肺炎)	初診日 (C)	令和2年 3月 13日	
	発病年月日 (D)	令和2年 3月 10日		発病の原因 (F)	不詳
	労務不能と認められた期間 (E)	令和2年 3月 10日から 令和2年 3月 27日まで			
	うち、入院期間 (G)	令和2年 3月 13日から		療養費用の種類別 (H)	<input type="checkbox"/> 後期 <input checked="" type="checkbox"/> 公費(感染症) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他( )
		令和2年 3月 27日まで			
	診療日及び入院していた日を○で囲んでください。	令和2年 3月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	診療実日数 (K)	15日
		年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	診療実日数 (K)	(K)日
		年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	診療実日数	日
	上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)				
新型コロナウイルス感染症の感染の疑いのため、3/13初診。PCR検査の結果陽性であり、肺炎の症状がみられたため同日から入院。 10日間程度で症状の改善が見られ、3/27に実施した検査において2回目の陰性となったため退院。		手術年月日	年 月 日		
症状経過から見て従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見		退院年月日 (L)	令和2年 3月 27日		
肺炎の症状の改善後も感染拡大防止の観点から、検査が陰性となるまでは入院が必要であったため、入院期間は労務不能と判断した。					
(M)					
上記のとおり相違ありません。					
医療機関の所在地	△△県◇◇市××町1丁目2番3号		(N)		
医療機関の名称	後期総合病院				
医師の氏名	国保 四郎	電話番号	000-999-8888		

## A 患者氏名

患者の氏名を記入してください。

## B 傷病名

傷病名を記入してください。なお、神奈川県後期高齢者医療において傷病手当金の対象となるのは、「新型コロナウイルス感染症」又は「発熱等の症状があり当該感染症に感染した疑いがあった場合」のみとなります。

## C 初診日

初診日を記入してください。

## D 発病年月日

発病年月日を記入してください。濃厚接触者で、発症はしていないが、PCR検査を実施した対象者は、保健所により「濃厚接触者とされた日」を記入して下さい。

## E 労務不能と認められた期間

労務不能と認められた期間を記入してください。

**※治療期間ではなく、療養のため就労できなかったと認められる期間を記入してください。**

## F 発病の原因

発病の原因がわかる場合には記入してください。不明の場合には、その旨が分かるように記入してください。

## G うち、入院期間

労務不能と認められた期間のうち入院した場合に記入してください。

## H 療養費用の種類別

いずれかにチェックを入れてください。

## I 転帰

いずれかにチェックを入れてください。

## J 診療日及び入院していた日を○で囲んでください。

左記のように記載してください。

## K 診療実日数

診療実日数を記入してください。

## L 上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)

症状等をできるだけ詳細に分かるように記入してください。手術を受けた場合には、手術年月日を記入してください。

また、入院した場合は、退院年月日を記入してください。

## M 症状経過から見て従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見

労務不能と認められた医学的な所見を記入してください。

## N 医師の証明欄

医療機関の所在地、医療機関の名称、医師の氏名、電話番号を記入してください。

**※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入してください。**