

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 情 報	被保険者番号	01234567												
	(フリガナ)	コウキ タロウ			生年月日	大正 昭和	15	年	1	月	1	日		
	氏名	後期 太郎												
住所	△△県〇〇市□□町1丁目2番3号													
振 込 先	金融機関名称	後期			銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他()			中央 本店 支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他() ※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入						
	預金別	普通・当座 その他()		口座番号			1	2	3	4	5	6	7	
	口座名義(カタカナ)	コ	ウ	キ		タ	ロ	ウ						
		※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字空けてください。												
上記のとおり申請します。 令和2年4月15日 住所 〇〇県△△市□□町1丁目2番3号 電話番号 012-3456-7890 申請者氏名 後期 太郎 奈良県後期高齢者医療広域連合長 様														

【受取代理人の欄】（被保険者以外の方が受領する場合は、記入が必要です。）

被 保 険 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4月15日										
	氏名	後期 太郎			住所			同上			
代 理 人 (口 座 名 義 人)	〒123-4567 △△県〇〇市□□町1丁目2番3号										
	(フリガナ)	コウキ ハナコ			被保険者との関係						
氏名	後期 花子			妻							

保 険 者 記 入 欄	支給決定額											

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（被保険者記入用）

新型コロナ・発熱患者受診相談窓口
（奈良県名称）への相談日をご記入
ください。

被保険者氏名	後期 太郎
--------	-------

症状が出た日	令和2年3月10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2年3月13日 (午前11時頃)										
①医療機関の受診状況	<input checked="" type="radio"/> 1. 受診した <input type="radio"/> 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 2 年 3 月 13 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(具体的に)													
③療養のために 休んだ期間	令和2年3月10日から 令和2年3月27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。)	7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 <input checked="" type="radio"/> 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	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><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

療養のために休んだ期間に給与等（休業手当
含む）の支払を受けられたまたは受けられる
予定がある場合は金額を記載してください。

事業主記入欄	上記③～⑥の内容については、当事業
	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

令和4年8月9日から臨時的な取り扱いにより、様式第66号
後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）
の提出が不要になったため、「受診した」場合でもこちらの
事業主記入欄の証明が必須になります。

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（事業主記入用）

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の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		後期 太郎																	
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、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 上記の事由による無給休暇の日数を×で表示してください。												左記の事由による 無給休暇の日数							
令和2年3月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	×	×	×	×	14	15	10	日	
		16	17	18	×	×	×	22	23	24	×	×	×	28	29	30			31
令和 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		
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属する月の直近3か月の勤務状況 【出勤は○】、【有給休暇は△】、【上記の事由による無給休暇は×】、【その他の休暇（賃金が生じる）は＝】、【その他の休暇（賃金が生じない）は／】でそれぞれ表示してください。												賃金が生じた日数の計 （○、△、＝ の計）							
令和2年1月		1	2	○	4	5	6	7	○	9	10	11	12	13	△	15	9	日	
		16	17	18	△	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
令和2年2月		1	2	3	4	△	7	○	9	10	11	12	○	○	15	8	日		
		16	17	18	○	20	21	22	23	24	○	○	27	28	29			30	31
令和2年3月		1	○	△	4	5	○	7	○	9	×	×	×	×	14	15	6	日	
		16	17	18	×	×	×	22	23	24	×	×	×	28	29	○			31
令和 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		
事業主が証明するところ	②の期間に対して、賃金を支払いましたか？	1. はい		給与の種類		賃金計算		締日		毎月末		日							
		2. いいえ		□月給 □時間給 □日給 □歩合給 ☑日給月給 □その他		賃金計算		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、期末勤労手当（賞与）は除く。																			
支給した賃金内訳	期間	単価(円)		1月1日～1月31日分				2月1日～2月29日分				3月1日～3月31日分							
	区分			(A)支給額(円)				(B)支給額(円)				(C)支給額(円)							
	基本給	100000		90000				80000				60000							
	時給																		
	手当																		
	手当																		
	手当																		
現物給与																			
計			90000				80000				60000								
賃金支給総額(上記(A)～(C)の合計)										230000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。																			
令和 年 月 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		〇〇県△△市□□町3丁目4番5号																	
事業所名称		〇〇株式会社																	
事業主氏名		代表取締役 △△ △△																	
担当者氏名		●● ●●				電話番号				0000-11-2222									

労務に服することができなかった期間の開始日が令和2年3月10日の場合、給与の締め日が月の末日のため、直近3か月の勤務状況及び支給状況は1月1日～3月31日までのものが必要です。

※給与の締め日が20日の場合は、12月21日～3月20日までのものが必要です。

