

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	(給与等の額:円)	
	年 月 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	

新潟県後期高齢者医療 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つ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。

事業主が証明するところ	被保険者氏名																																	
	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も含む）により、労務に服することができなかつ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																															
	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	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	日
	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も含む）により、労務に服することができなかつ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)																															
	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	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	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	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	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	<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 時間給	賃金計算	締日		日	支払日	1. 当月	日	2. 翌月	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、期末勤勉手当（賞与）は除く。																																		
支給した賃金の内訳	区分	期間	単価 (円)	月 日 ~		月 日 ~		月 日 ~																										
				月 日分	月 日分	月 日分	月 日分	月 日分																										
				(A) 支給額 (円)	(B) 支給額 (円)	(C) 支給額 (円)																												
	基本給																																	
	時給																																	
	手当																																	
	手当																																	
	手当																																	
	手当																																	
	現物給与																																	
計																																		
賃金支給総額 (上記 (A) ~ (C) の合計)																		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。																																		
上記のとおり相違ないことを証明します。											年 月 日																							
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																														

新潟県後期高齢者医療 傷病手当金支給申請書 (医療機関記入用)

医療 機 関 担 当 者 が 意 見 を 記 入 す る と こ ろ	患者氏名																	
	傷病名				初診日	年	月	日										
	発病年月日	年	月	日	発病の原因													
	労務不能と 認められた期間	年	月	日から														
		年	月	日まで														
	うち、 入院期間	年	月	日から	療養費用の 種別	<input type="checkbox"/> 後期 ()	<input type="checkbox"/> 公費											
		年	月	日まで	転帰	<input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> その他											
		年	月	日まで		<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 中止											
						<input type="checkbox"/> 繰越	<input type="checkbox"/> 転医											
	診療日及び入院していた日を○で囲んでください。																	
年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
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）																		
					手術年月日	年	月	日										
					退院年月日	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																		
上記のとおり相違ありません。											年	月	日					
医療機関の所在地																		
医療機関の名称																		
医師の氏名																		
⑩ 電話番号																		