

# 記入例 ②

様式第25-3号（附則第4項関係）

## 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）

被保険者氏名	後期 太郎
--------	-------

症状が出た日	令和 3 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 3 年 3 月 13 日 (午前11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		令和 3 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(期間などを具体的に)											
③療養のために休んだ期間	令和 3 年 3 月 10 日から 令和 3 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 <small>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(土日祝含む)や勤務予定がなかった日は除く。</small>	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                      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" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									

(5) ①で「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。

(6) ⑤で「はい」と回答し、療養のため休んだ期間に給与等の支払いを受けた、または受ける見込みがある場合は記入してください。

※賃金計算の締日が毎月末日の場合、3月10日から27日まで療養のために休んだ方は、給与等の支払対象期間は「令和2年3月1日から令和2年3月31日まで」となります。また、3月分の給与等の額についても記入してください。

(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	<p style="text-align: right;">令和    年    月</p> <p>上記③～⑥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。</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名</p>
担当者氏名	電話番号