

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 — —

(自署の場合は押印不要)

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 — —

(自署の場合は押印不要)

委任を受ける方

〒 □□□ — □□□□

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 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							
② 医療機関の受診日 (①で「受診した」と回答した場合)	年 月 日									
	年 月 日									
	年 月 日									
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)										
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 年 月 日まで	(給与等の額:円)	<table border="1"><tr><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
	⑤ (自署の場合は押印不要)
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 (    ) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他									
		年 月 日まで		転帰	<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 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31											診療 実日数	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
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」「治癒内容、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。 <span style="float: right;">年 月 日</span>														
医療機関の所在地														
医療機関の名称														
医師の氏名 <span style="float: right;">⑩ 電話番号</span>														
(自署の場合は押印不要)														