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	

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）			
③療養のために休んだ期間	年　月　日から 年　月　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（土日祝含む）や勤務予定がなかった日は除く。）	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。	年　月　日から 年　月　日まで	（給与等の額：円） □□□□□□□

（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③～⑥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。 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	