別記様式第22号の2（第23条の2関係）

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書①（被保険者記入用）

被保険者情報	被保険者番号	01234567		
	（フリガナ） 氏　名	コウキ　タロウ 後期　太郎	生年月日	大正 （昭和）　15　年　1　月　1　日
	住　所	北海道〇〇市□□町1丁目2番3号		
振込先	金融機関名称	広域　銀行・金庫・信組 （農協）・漁協 その他（　　）	中央　本店・（支店） 出張所・本所・支所 ※ゆうちょ銀行の場合は、店名（漢数字）を記入	
	預金種別	（普通）・当座 その他（　　）	口座番号（7桁）	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、姓と名の間は一字空けてください。		

※口座名義人が被保険者本人以外の場合は、北海道後期高齢者医療広域連合が指定する委任状を添付してください。

北海道後期高齢者医療広域連合長　宛

上記の口座への傷病手当金の支給を申請します。
また、被保険者及び申請者は、北海道後期高齢者医療広域連合が本申請内容の事実を確認するため、事業主、医療機関等の関係機関に照会を行い、情報の提供を受けることに同意します。

令和　2　年　4　月　15　日

住　　所　※被保険者情報に記載の住所と同じ場合は記載不要です。

申請者氏名　後期　太郎

電 話 番 号　012－3456－7890

備考　この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。

別記様式第22号の2（第23条の2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

（1）発症日	令和　2　年　3　月　10　日	（2）症状の詳細（該当に○）	発熱・咳・喉痛・頭痛・倦怠感 その他（　　）
（3）発症期間	（2）のいずれかの症状が 令和　2　年　3　月　31　日 まで継続	（4）医療機関の受診状況（該当に○）	1．受診していない 2．受診した（PCR検査・みなし診断・外来の受診等） 3．入院して治療を受けた⇒申請書④が必要
（5）陽性（みなしを含む）の場合の陽性判明日			令和　2　年　3　月　13　日
（6）療養のため労務に服することができなかった期間	令和　2　年　3　月　10　日から 令和　2　年　3　月　31　日まで	（7）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。）	15　日
（8）上記（6）の療養のために休んだ期間を計算対象とした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	
（9）上記（8）で「はい」と回答した場合、その給与等の支払い対象となった（なる）期間と、その金額をご記入ください。	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	（給与等の額：円） □□□□□□□	
（10）上記（6）の療養のために休んだ期間について、労災保険から休業補償給付や他保険者から傷病手当金を受けられますか。	1．　はい（予定含む）	2．　いいえ	

備考　この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。

別記様式第22号の2（第23条の2関係）

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書③（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給与計算期間の勤務状況及び給与支給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	後期　太郎

(1) 新型コロナウイルス感染症に感染または発熱等の症状があり感染が疑われたことにより、労務に服することができなかった期間について、**【有給休暇：△】、【無給休暇または減額休暇：×】、【勤務予定がなかった日（公休日）：□】**でそれぞれ表示してください。
※原則「労務に服することができなかった初日」を1日目として4日目以降の×がついた日が傷病手当金の支給対象です。

労務に服することができなくなった初日（最初に△か×がついた日）	令和　2　年　3　月　10　日	×がついた日の計
令和　2　年　3　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	15　日
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) (1)の「労務に服することができなくなった初日」を1日目とした4日目からみて直近3か月分の給与計算期間の勤務状況（※）
※勤務実績が3か月に満たない場合は、実績がある月の分のみをご記入ください。
※給与計算期間によって記入する月（期間）が変わりますので、ご留意ください。
【出勤：○】、【有給休暇：△】、【(1)で×をつけた日（コロナ感染等による無給休暇または減額休暇）：×】、【その他の休暇（給与あり）：＝】、【その他の休暇（給与なし）：／】、【勤務予定がなかった日（公休日）：□】でそれぞれ表示してください。

給与が生じた日数の合計（○、△、＝　の計）

令和　2　年　2　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	19　日
令和　2　年　1　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	17　日
令和　元　年　12　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	20　日
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	日

(2)の期間に対して、給与を支払いましたか？または、今後支払いますか？	1. はい　2. いいえ	給与の種類	□ 月給　□ 時間給　□ 日給　□ 歩合給　☑ 日給月給　□ その他	給与計算	締　日　毎月末　日
					支払日　1. 当月　2. 翌月　25　日

(2)の期間に対して発生する課税対象の給与支給状況をご記入ください。ただし、賞与（3か月を超える期間ごとに受ける給与）は除いてご記入ください。非課税の通勤手当や福利厚生手当などは記載不要です。

給与の支給内訳（支給予定を含む）

区分＼期間	単価（円）	12月1日～12月31日　分（A）支給額（円）	1月1日～1月31日　分（B）支給額（円）	2月1日～2月29日　分（C）支給額（円）
基本給	1000	200000	170000	190000
時　給				
時間外手当				
手当				
手当				
手当				
現物給与				
計		200000	170000	190000
		給与支給総額（上記（A）～（C）の合計）		560000円

給与計算方法（欠勤控除計算方法等）についてご記入ください。

令和　2　年　4　月　15　日

申請書②及び申請書③の内容について、相違ないことを証明します。
また、北海道後期高齢者医療広域連合職員が記載内容について事実を確認するため、関係機関等に照会を行い、情報の提供を受けることに同意します。

事業所所在地　北海道〇〇市□□町4丁目5番6号
事業所名称　株式会社△△△△
事業主氏名　●●　●●

担当者氏名	■■　■■	電話番号	098－7654－3210

備考　この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。

別記様式第22号の2（第23条の2関係）

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書④（医療機関記入用）

この申請書は、新型コロナウイルス感染症に感染するなどして仕事を休み、その期間（※）給与の支払いが受けられないとき後期高齢者医療傷病手当金を申請するためのものです。
（※）治癒日の翌日以降については傷病手当金の対象となりません。

医療機関担当者が意見を記入するところ

患者氏名	後期　太郎			
傷病名	新型コロナウイルス感染症（COVIT-19）	初診日	令和　2　年　3　月　13　日	
発病年月日	令和　2　年　3　月　10　日	発病の原因	不詳	
労務不能と認めた期間	令和　2　年　3　月　10　日から 令和　2　年　3　月　31　日まで			
うち入院期間	令和　2　年　3　月　13　日から 令和　2　年　3　月　31　日まで	転　帰	☑ 治癒［令和　2　年　3　月　31　日］ ☐ 繰越［令和　年　月　日］ ☐ 中止［令和　年　月　日］ ☐ 転医［令和　年　月　日］	
診療日及び入院していた日を〇で囲んでください。	令和　2　年　3　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　19　日	
	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	診療実日数　日	
	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	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」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しく）

新型コロナ感染症の感染の疑いのため、3/13初診。検査の結果陽性であり、肺炎の症状がみられたため同日から入院。症状の改善により、3/31に退院。	手術年月日	令和　年　月　日
	退院年月日	令和　2　年　3　月　31　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

上記経過のため、退院までは労務不能と判断した。

令和　2　年　4　月　15　日

上記のとおり相違ありません。

医療機関の所在地　北海道〇〇市□□町7丁目8番9号

医療機関の名称　××病院

医師の氏名　▲▲　▲▲　　電話番号　123－4567－8900

備考　この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。

計算例

直近３か月の給与収入 （９万＋８万＋１０万）	直近３月の給与発生日数 （９日＋８日＋１０日）	一日当たりの収入 （２７万÷２７日）	一日当たりの収入の2/3 （１万×2/3）	待機期間を除いた、 新型コロナウイルス感染症により休んだ日数 （１５日－３日）	傷病手当金支給額 （6,667円×７日）
560,000	56	10,000	6,667	12	**80,004**