

後期高齢者医療傷病手当金支給に関する証明書

被保険者 氏名	
------------	--

被 保 険 者 記 入 欄	療養のために 休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	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。)	日
	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	
	上記で「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 令和 年 月 日まで	(給与等の額:円) 円

※後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)の④～⑦と同じ内容を記入してください。

事 業 主 記 入 欄	令和 年 月 日
	上記の内容については、当事業所において把握している内容と相違が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	
担当者名	電話番号