

傷病手当金の支給について

1 制度概要

(1)対象者

次の要件を満たす国民健康保険及び後期高齢者医療保険の被保険者である被用者であって、療養のため労務に服することができない被用者

(被用者とは、雇用主から給与の支払いを受ける人です)

- ① 新型コロナウイルス感染症に感染した被用者
- ② 発熱等の症状があり新型コロナウイルス感染症の感染が疑われる被用者

(2) 支給の対象となる日数

労務に服することができなくなった日から起算して3日を経過した日から労務に服することができない日数

※ 給与収入の全部又は一部を受けることができる被用者に対しては、これを受けられる日は、支給の対象日数としません。

(3)支給額

直近の継続した3か月間の給与収入の合計額を就労日数で除した金額の3分の2に相当する金額に労務に服することができない日数を乗じて得た額

- ※ 1 受けることができる給与収入の額が、算定される傷病手当金の額より少ないときは、その差額を支給します。
- ※ 2 健康保険法第40条第1項に規定する標準報酬月額等級の最高等級の標準報酬月額の30分の1に相当する金額の3分の2に相当する金額を超えるときは、その金額とします。

(4) 適用期間

令和2年1月1日から令和3年12月31日までの間に療養のため労務を服することができない期間を支給の対象とします。

- ※ 1 入院が継続する場合等は健康保険制度と同様とします。
- ※ 2 支給を始めた日から起算して、最長1年6か月までとします。

2 申請書類

(1) 当該者が帰国者・接触者外来を受診した場合

医療機関において被保険者が提出する申請書（医療機関記入用）に必要事項を記載していただくことを想定しています。

（下記①②③④の申請書を揃えて申請していただくこととなります。）

(2) 帰国者・接触者外来を受診しないまま体調が改善した場合

被保険者の記載内容を事業主が確認し、事業主で把握している労務不能の期間と照らして相違がないことを事業主にも証明していただくことで、医療機関記入用の申請書の添付がなくても申請して

いただくことができます。

(下記①②③の申請書を揃えて申請していただくこととなります。)

①世帯主記入用

(主な記載内容) 世帯主名、被保険者氏名、被保険者番号、傷病手当金の振込先等

②被保険者記入用

(主な記載内容) 被保険者氏名、**症状が出た日**、帰国者・接触者相談センターへ相談した日、医療機関の受診状況、**療養のために休んだ期間**、新型コロナウイルス感染症により勤務ができなかった日数(発熱等の症状があり感染が疑われる場合も含む)等

③事業主記入用 ※事業主による証明

(主な記載内容) 新型コロナウイルス感染症の感染により**勤務ができなかった期間の勤務状況**(発熱等の症状があり感染が疑われる場合も含む) **およびその期間内の無給休暇の日数**、直近3ヶ月の勤務状況(出勤、有給休暇、無給休暇等)、**直近3ヶ月の給与の支給状況、事業主の証明等**

④医療機関記入用 ※医師による証明

(主な記載内容) 傷病名、初診日、発病年月日、**労務不能と認めた期間**、診療日及び入院していた日、治療内容、**労務不能と認められた医学的な所見、医師の証明等**

3 申請方法

申請書類を揃え、市役所本庁舎市民課もしくは各振興局に申請していただきます。
なお、感染拡大防止の観点から、申請者には下記をお願いをいたします。

①問い合わせは・・・できるだけ「電話」でお願いします。

②申請・・・できるだけ「郵送」でお願いします。

※郵送の場合には、申請者の本人確認書類(免許証等の写し)を要添付。