

新型コロナウイルス感染症に係る国民健康保険傷病手当金のご案内 (申請前にお読みください)

●対象者

以下のすべてに該当する人

- 会社等から給与の支払いを受けている被用者で国民健康保険の被保険者
 - 新型コロナウイルス感染症に感染した又は発熱等の症状があり感染が疑われ、療養のため労務に服することができなかった
 - 上記により労務に服することができなかった期間に、労務に就くことを予定しており、労務に服することができなかったことにより給与等の全部又は一部を受けることができなかった
- ※ 新型コロナウイルス感染症の後遺症は支給対象外です

以下の場合には対象となりません(例)

- 自身が事業主であり、所得税法上の給与の支払いを受けていない
(月単位で支給されていても、営業、不動産、雑所得で申告するものは対象外です)
- 新型コロナウイルス感染症に感染したり発熱等の症状はないが、濃厚接触の疑いがあるため出勤を自粛した
- 出勤抑制のため事業主から自宅待機を命じられた
- 事業主が事業を休止又は廃止した

●支給対象となる日数

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期間のうち、就労を予定していた日

●支給額

(直近の継続した3か月間の給与収入の合計額 ÷ 就労日数) × 2/3 × 支給対象となる日数

- ※ 給与等の全部又は一部を受け取ることができる場合は、支給額が調整されたり、支給されない場合があります。
- ※ 支給額には上限があります。

●適用期間

令和2年1月1日～令和4年9月30日の間で療養のため労務に服することができない期間
(ただし、入院が継続する場合等は最長1年6か月まで)

●時効

傷病手当金の支給申請ができることとなった日から2年間

●傷病手当金の返還について

支給決定後に要件に該当しないことが判明した場合は、傷病手当金を返還していただきます。

<問い合わせ・申請先>

〒105-8511 港区芝公園1-5-25

港区 保健福祉支援部 国保年金課 給付係

電話 03-3578-2640～2642

提出書類等のご案内(この用紙は提出不要です)

申請書類の準備	
以下の書類を準備してください。	
●新型コロナウイルス感染症に係る国民健康保険傷病手当金支給申請書	
<input type="checkbox"/> 世帯主記入用(第1面)【必須】	<input type="checkbox"/> 記入漏れはありませんか <input type="checkbox"/> 振込口座は世帯主名義になっていますか
<input type="checkbox"/> 被保険者記入用(第2面)【必須】	<input type="checkbox"/> 記入漏れはありませんか <input type="checkbox"/> 医療機関を受診していない場合等、事業主の証明がありますか
<input type="checkbox"/> 事業主記入用(第3面)【必須】	<input type="checkbox"/> 記入・署名または記名押印の漏れはありませんか
<input type="checkbox"/> 医療機関記入用(第4面)	<input type="checkbox"/> 医療機関を受診していない場合は不要ですが、その場合は、被保険者記入用(第2面)に事業主の証明が必要です <input type="checkbox"/> 宿泊療養で医師が記入できない場合は、宿泊療養証明書(写し可) <input type="checkbox"/> 自宅療養で医師が記入できない場合は、自宅療養証明書(写し可) <input type="checkbox"/> 感染疑いの期間は、被保険者記入用(第2面)の③に症状の記入と事業主の証明が必要です
●添付書類	
※追加で書類をお願いすることがあります	
<input type="checkbox"/> 給与明細等	<input type="checkbox"/> 事業主記入用(第3面)に記載された期間(3か月間)すべて <input type="checkbox"/> 給与明細がない場合、給与振込額がわかる通帳等の写し <input type="checkbox"/> 役員給与の場合、減額規定や給与減額が議決された議事録等の写し
<input type="checkbox"/> 保険証等の写し	<input type="checkbox"/> 世帯主の本人確認書類 (運転免許証・パスポート・マイナンバーカード・保険証等の写し) <input type="checkbox"/> 対象者の保険証の写し(世帯主と対象者が異なる場合) ※ 既に国保資格を喪失し、保険証を返却済みの場合は、運転免許証・マイナンバーカード等の写し



申請書類の提出	
提出方法	以下に郵送してください。 〒105-8511 港区芝公園1-5-25 港区 国保年金課 給付係 宛

新型コロナウイルス感染症に係る 国民健康保険傷病手当金支給申請書（世帯主記入用）

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号番号		世帯主氏名				
	(フリガナ) 氏名			生年月日	年	月	日
	住所						
世 帯 主 の 振 込 口 座	金融機関 名称	銀行 ・ 信金 ・ 信組 その他 ()			支店		
	預金別	普通 ・ 当座 その他 ()	口座番号				
	口座名義人氏名 (カタカナ)						
		※左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1字とし、姓と名の間は1字空けてください。					
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>世帯主 住 所 _____</p> <p>日中連絡の取れる 電 話 番 号 _____</p> <p>氏 名 _____</p> <p>(宛先) 港区長</p>							

以下には記入しないでください。

保険者 記入欄	支給決定額
	円

受付 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/>	確認 <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 対象者 <input type="checkbox"/> 同一世帯(続柄) <input type="checkbox"/> 代理人(続柄 氏名)	確認 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 番号カード* <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 住基カード* <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード* <input type="checkbox"/> その他()	受付
---	--	---	----

新型コロナウイルス感染症に係る 国民健康保険傷病手当金支給申請書（被保険者記入用）

被保険者証 記号番号		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又は保健所への相談日 ※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 → 医療機関による証明（第4面の記入）が必要です。								
		2 受診していない → 下欄「事業主記入欄」による証明（記入）が必要です。								
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（期間等を具体的に記入してください。） (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数 （新型コロナウイルス感染症（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場合を含みます。）による休暇や勤務予定がなかった日は除きます。）							
⑥	上記療養のために休んだ期間に給与等の支払いを受け、又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" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></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、以下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から⑦までの内容について、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。	
	事業所の所在地	
	事業所の名称	
	事業主の氏名（※）	
	担当者氏名	電話番号

（※）代表者の署名又は記名押印をお願いします。

新型コロナウイルス感染症に係る 国民健康保険傷病手当金支給申請書（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等計算期間の勤務状況、給与等支払状況等を記入してください。

被保険者氏名																		
①新型コロナウイルス感染症（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場合を含みます。）により、労務に服することができなかった期間の属する月における勤務状況 上記の事由による無給休暇の日数を×で表示してください。												左記の事由による 無給休暇の日数						
年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
②新型コロナウイルス感染症（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場合を含みます。）により、労務に服することができなかった期間の属する月の直近3か月の勤務状況 【出勤は○】、【有給休暇は△】、【上記の事由による無給休暇は×】、【その他の休暇（賃金が 生じる）は＝】、【その他の休暇（賃金が生じない）は／】でそれぞれ表示してください。												賃金が生じた日数の計 （○、△、＝の計）						
年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
②の期間に対して、賃金を支払いましたか。		1 はい	給与の 種類		<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 時間給	賃金計算		締日		日							
		2 いいえ			<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 歩合給							支払日		1 当月 2 翌月		日	
				<input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> その他													
②の期間の課税対象となる賃金支給状況をご記入ください。ただし、期末勤勉手当（賞与）は除きます。																		
事業主が証明する内容 支給した賃金内訳	期間 区分	単価（円）	月 日 ~ 月 日 分	月 日 ~ 月 日 分	月 日 ~ 月 日 分													
			(A) 支給額（円）	(B) 支給額（円）	(C) 支給額（円）													
	基本給																	
	時給																	
	手当																	
	手当																	
	手当																	
	手当																	
	現物給与																	
	計																	
			賃金支給総額（上記（A）～（C）の合計）					円										
賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）についてご記入ください。																		
年 月 日																		
上記のとおり相違ないことを証明します。 事業所の所在地 事業所の名称 事業主の氏名（※）																		
担当者氏名				電話番号														

（※）代表者の署名又は記名押印をお願いします。

新型コロナウイルス感染症に係る 国民健康保険傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）

医療機関が記入してください。	患者氏名			生年月日	年	月	日													
	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																		
	労務不能と認められた期間のうち、入院期間	年 月 日から			療養費用の種類別	<input type="checkbox"/> 国保 <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	診療日数	日	
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			31
		年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療日数	日	
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
		年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療日数	日	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
上記の期間中における「主たる症状及び経過」、「治療内容、検査結果及び療養指導」等を詳細に記入してください。																				
				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職種について労務不能と認められた医学的な所見																				
年 月 日																				
上記のとおり相違ありません。																				
医療機関の所在地																				
医療機関の名称																				
医師の氏名						電話番号														

医師の署名又は記名押印をお願いします。