

新型コロナウイルス感染症に伴う 「傷病手当金給付」申請方法について

【給付対象者要件】

被用者（勤務先に雇用され、給与の支払いを受けている）の方で、以下①または②のいずれかの要件を満たし、その期間中給与等の全部または一部を受けることができない方

(※) 個人事業主の家族で、青色事業専従者及び白色事業専従者の給与の支払いを受けている方も給付対象となります。

①医療機関を受診し、新型コロナウイルス感染症の感染が判明し療養した方。

②発熱などの症状があり、新型コロナウイルス感染症の感染の疑いがあるため、自宅療養を行っていた方。

(※)結果的に新型コロナウイルス感染症に感染していなかった場合も、同様に給付対象となります。

【支給対象期間】

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（4日目）から労務に服することができない期間のうち、就業を予定していた日。

【支給額の計算方法】

1日あたりの収入 × 3分の2 × 傷病のために休んだ日数（無給休暇日数）

(※) 1日あたりの収入 = 直近の継続した3ヶ月間の給与収入の合計額 ÷ 労務日数

(※) 1日あたりの上限支給額は30,887円です（令和2年3月現在）

【給付対象期間】（申請は2年以内）

令和2年1月1日～令和5年3月31日

ただし、入院がそれ以降も継続する場合等は最長1年6ヶ月まで延長。

【申請】

- ・次の申請書（1）～（4）をそろえて、兵庫県歯科医師国民健康保険組合へ郵送にて申請してください。
- ・申請書類等を印刷できない方は下記までお問合せください。

(1)国民健康保険傷病手当金支給申請書（世帯主記入用）

給与の支払いを受けている国保組合員が記入してください。

(2)国民健康保険傷病手当金支給申請書（被保険者記入用）

新型コロナウイルス感染症に感染した方、または感染の疑いがある方が記入してください。

事業主は、記載内容（休養期間等）を確認のうえ「事業主記入欄」に署名・押印してください。

(3)国民健康保険傷病手当金支給申請書（事業主記入用）

事業主が直近3ヶ月間の勤務状況並びに給与支払額を記入してください。（通勤手当は除く）

(4)国民健康保険傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）

受診した医療機関で記入を依頼してください。

【その他】

- ①感染の疑いがない者であって、自治体からの外出自粛要請や、事業主からの指示で、労務に服さなかった場合、支給対象とならない。

【郵送先・問合せ先】

〒650-0003 兵庫県神戸市中央区山本通 5-7-18
兵庫県歯科医師国民健康保険組合 事務局
TEL：078-351-4185（担当：清瀬・多田羅）