

新型コロナウイルス感染症に係る 傷病手当金の支給申請について

規約の一部改正により、東食国保に加入している被用者(給与を受けている人)が新型コロナウイルス感染症に感染、又は発熱等の症状があり感染が疑われることにより、会社等を休み、事業主から十分な給与等が受けられない場合に傷病手当金の支給を受けられることになりました。

《支給要件》

1. 対象者	次の条件の全てを満たす被保険者 (1) 給与所得者であること ※個人事業主は対象となりません (2) 新型コロナウイルス感染症に感染、又は発熱等の症状があり感染が疑われることにより、その療養のため業務に従事できなくなったこと (3) 3日間連続して会社等を休み、4日目以降も休んだ日があること (4) 給与等の支払いを受けられないか、又は一部減額されて受けていること
2. 対象日数	業務に従事できなくなった日から起算して3日を経過した日から、その業務に従事することができない期間のうち、業務に従事することを予定していた日数
3. 支給額	直近の継続した3ヶ月の給与収入の合計額÷就労日数× 2/3×日数 (注1) 一部減額して支払われている場合や他の法令等により休業補償等を受けている場合は、支給額が減額されたり、支給されないことがあります。 (注2) 支給額には上限があります。
4. 適用期間	令和2年1月1日から令和3年9月30日の間で療養のため業務に従事することができない期間(ただし、入院が継続する場合は最長1年6ヶ月間)

注1) 次の場合は支給対象となりません

・組合員は、自覚症状等がなく業務に従事できたが、事業所内で新型コロナウイルス感染症に感染した者が発生したこと等により、事業主の命により休業し業務に従事しなかったとき

・組合員には自覚症状等がなく、家族が感染し濃厚接触者になった等の理由により業務に従事しなかったとき

注2) 傷病手当金の支給を受ける方は、入院見舞金の支給を受けられません。

《申請方法》

申請には申請書(組合所定)が必要になります。詳しくは、組合本部業務部又は各総合事務所へお問い合わせ下さい。

1. 必要書類	(1) 傷病手当金支給申請書(組合員記入用) (2) 傷病手当金支給申請書(被保険者記入用) (3) 傷病手当金支給申請書(事業主記入用) (4) 傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)
2. 申請先	各総合事務所

傷病手当金 支給申請書 (組合員記入用)

記号番号	78	-																
------	----	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(フリガナ)		生年月日	昭和 平成	年	月	日
被保険者氏名						

上記被保険者の傷病手当金を別紙添付のうえ申請いたします
「個人情報の取扱について」を確認し同意いたします

令和 年 月 日

組合員住所 _____

組合員氏名 _____ ㊞

(連絡先) _____ - _____

東京食品販売国民健康保険組合 殿

《振込先》

金融機関名	銀行・信金・信組・農協										本店・支店・出張所				
預金科目	普通・当座					口座番号									
(ゆうちょ)記号						(ゆうちょ)番号									
(カタカナ)															
口座名義															

保険者記入欄 《支給内訳》

(最近3ヶ月の)給与収入	(最近3ヶ月の)賃金発生日数	1日あたりの収入	1日あたりの収入の2/3
円	日	円	円

支給対象月	日数	支給額	支給対象月	日数	支給額
令和 年 月	日間	円	令和 年 月	日間	円
令和 年 月	日間	円	令和 年 月	日間	円
令和 年 月	日間	円	令和 年 月	日間	円
令和 年 月	日間	円	令和 年 月	日間	円
令和 年 月	日間	円	合計(支給決定額)	日間	円

事務所決裁欄	
所長	課長

事務所処理欄	
入力	確認

扱者



本部処理欄	
入力	確認

傷病手当金 支給申請書 (組合員記入用)(記入例)

記号番号 78 - 1 2 3 4 - 5 6 7 8 0 0 0

被保険者氏名 (フリガナ) トウシヨク タロウ 東食 太郎 生年月日 昭和 平成 元年 1 月 1 日
上記被保険者の傷病手当金を別紙添付のうえ申請いたします
「個人情報の取扱について」を確認し同意いたします
令和 年 月 日
組合員住所 渋谷区神宮前2-6-1
組合員氏名 東食 太郎 (印)
(連絡先) 03 - 3404 - 0111
東京食品販売国民健康保険組合 殿

<<振込先>>

金融機関名 国保 銀行・信金・信組・農協 神宮前 本店・支店・出張所
預金科目 普通・当座 口座番号 1 2 3 4 5 6 7
(ゆうちょ)記号 (ゆうちょ)番号
(カタカナ) ト ウ シ ヨ ク タ ロ ウ
口座名義 東食 太郎

保険者記入欄 <<支給内訳>>

Table with 4 columns: (最近3ヶ月の)給与収入, (最近3ヶ月の)賃金発生日数, 1日あたりの収入, 1日あたりの収入の2/3

Table with 6 columns: 支給対象月, 日数, 支給額, 支給対象月, 日数, 支給額

事務所決裁欄 所長 課長

事務所処理欄 入力 確認

扱者



本部処理欄 入力 確認

傷病手当金 支給申請書 (被保険者記入用)

記号番号										被保険者氏名	
78	-					-					

症状が出た日	令和 年 月 日	帰国者・接触者 相談センターへの相談日 ※相談した場合に記入	令和 年 月 日 (時頃)
① 医療機関の受診状況	1. 受診した 2. 受診していない		
(①で「受診した」と回答した場合)	令和 年 月 日		
② 医療機関の受診日	令和 年 月 日		
(①で「受診していない」と回答した場合)	1. 息苦しさ(呼吸困難) 2. 強いだるさ(倦怠感)		
③ 症状(期間などを具体的に) 該当するものに○	3. 高熱の強い症状があった 4. 発熱や咳などの比較的軽い風邪の症状が続いた ※基礎疾患の有無 (有 ・ 無)		
④ 療養のために休んだ期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日		
⑤ 上記期間のうち 勤務ができなかった日数	〔 新型コロナウイルス感染症によらない休暇や 勤務予定がなかった日は除く。 〕		日
⑥ 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		
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。	(給与等の額:円)		円
	令和 年 月 日～令和 年 月 日		

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、下記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	上記③～⑦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ないことを証明します。 令和 年 月 日	
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	⑩

事務所決裁欄	
所長	課長

事務所処理欄	
入力	確認

扱者



本部処理欄	
入力	確認

傷病手当金 支給申請書 (被保険者記入用)(記入例)

記号番号													被保険者氏名			
78	-	1	2	3	4	-	5	6	7	8	0	0	0	東食 太郎		

症状が出た日	令和 2年 3月 10日	帰国者・接触者 相談センターへの相談日 ※相談した場合に記入	令和 2年 3月 13日 (午前11時頃)				
① 医療機関の受診状況	① 受診した 2. 受診していない						
(①で「受診した」と回答した場合)	令和 2年 3月 13日						
② 医療機関の受診日	令和 年 月 日						
(①で「受診していない」と回答した場合)	1. 息苦しさ(呼吸困難) 2. 強いだるさ(倦怠感)						
③ 症状(期間などを具体的に) 該当するものに○	3. 高熱の強い症状があった 4. 発熱や咳などの比較的軽い風邪の症状が続いた ※基礎疾患の有無 (有・無)						
④ 療養のために休んだ期間	令和 2年 3月 10日～令和 2年 3月 31日						
⑤ 上記期間のうち 勤務ができなかった日数	新型コロナウイルス感染症によらない休暇や 勤務予定がなかった日は除く。		10日				
⑥ 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						
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。	(給与等の額:円)		円				
	令和	年	月	日～令和	年	月	日

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、下記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	上記③～⑦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ないことを証明します。	未受診の場合の記入例です	令和 2年 5月 1日
	事業所所在地	▲▲区 ●●町 1丁目2番3号	
	事業所名称	(株)こくほサービス	
	事業主氏名	国保 一郎	印

事務所決裁欄	
所長	課長

事務所処理欄	
入力	確認

扱者



本部処理欄	
入力	確認

傷病手当金 支給申請書 (事業主記入用)

(様式313の3)

労務に服することができなかつた期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

記号番号	78	-																													
------	----	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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感染が疑われる場合を含む)により、労務に服することができなかつ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 無給の日数						
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
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)により、労務に服することができなかつ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)						
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
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
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
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、賃金を支払いましたか?	1. はい	2. いいえ
----------------------	-------	--------

給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> 時間給	<input type="checkbox"/> 歩合給	<input type="checkbox"/> その他	賃金計算	締日	日	支払日	1. 当月	日	2. 翌月	日
-------	-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------	----	---	-----	-------	---	-------	---

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)は除く。

期間	支給した賃金内訳(円)					(A)~(C)の合計額
	基本給	時給	手当	手当	手当	
(A) 月 日 ~ 月 日分	円	円	円	円	円	円
(B) 月 日 ~ 月 日分	円	円	円	円	円	
(C) 月 日 ~ 月 日分	円	円	円	円	円	
単価	円	円	円	円	円	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。

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地 _____

事業所名称 _____

事業主氏名 _____ (印)

傷病手当金 支給申請書 (事業主記入用)

(様式313の3)

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

記号番号 **78** - **1** **2** **3** **4** - **5** **6** **7** **8** **0** **0** **0**

被保険者氏名 **東食 太郎**

①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 無給の日数				
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	10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)				
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	9日
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	8日
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	2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、賃金を支払いましたか？ 1. はい 2. いいえ

支給を始める日(予定)を含む直近3カ月分の状況を記載してください。

給与の種類 月給 日給 日給月給 時間給 歩合給 その他

賃金計算 締日 毎月末日 支払日 1. 当月 日 2. 翌月 10日

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)は除く。

期間	支給した賃金内訳(円)				
	基本給	時給	手当	手当	手当
(A) 1月 1日 ~ 1月 31日分	90,000円	円	円	円	円
(B) 2月 1日 ~ 2月 29日分	80,000円	円	円	円	円
(C) 3月 1日 ~ 3月 31日分	20,000円	円	円	円	円
単価	10,000円	円	円	円	円

非課税範囲内の通勤手当は除きます。

(A)~(C)の合計額	190,000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。

上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 2年 4月 10日

事業所所在地 **▲▲区 ●●町 1丁目2番3号** 事業所名称 **(株)こくほサービス** 事業主氏名 **国保 一郎** ㊞

傷病手当金 支給申請書 (医療機関記入用)

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名																			
	傷病名	初診日	令和	年	月	日														
		発病年月日	令和	年	月	日														
	労務不能と認められた期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	発病の原因										
	うち、入院期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 公費()	<input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> その他						
		令和	年	月	日まで	令和	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。																			
	令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療実日数	日
				16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
	令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療実日数	日
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療実日数	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、療養指導」等(詳しく)																				
手術年月日	令和	年	月	日から	退院年月日	令和	年	月	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																				
令和 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																				
電話番号																				
医師の氏名																				
(印)																				

傷病手当金 支給申請書 (医療機関記入用)(記入例)

医療 機関 担当 者が 意見 を記 入す ると ころ	患者氏名	東食 太郎																																
	傷病名	新型コロナウイルス感染症による呼吸器疾患(肺炎)	初診日	令和 2年 3月 13日																														
			発病年月日	令和 2年 3月 10日																														
	労務不能と認められた期間	令和 2年 3月 10日から 令和 2年 3月 31日まで	発病の原因	不詳																														
	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	療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 公費 (感染症) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他																														
			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。																																	
	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)																																		
手術年月日	令和 年 月 日から											退院年月日	令和 2年 3月 31日																					
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。2週間程度で症状の改善が見られ、3/31に実施した検査において陰性となったため退院。																																		
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 肺炎の症状の改善後も感染拡大防止の観点から、検査が陰性となるまでは入院が必要であったため、入院期間は労務不能と判断した。																																		
令和 年 月 日																																		
上記のとおり相違ありません。																																		
医療機関の所在地 <u>△△区××町1丁目2番3号</u>																																		
医療機関の名称 <u>国保総合病院</u> 電話番号 <u>1234-5678</u>																																		
医師の氏名 <u>国保 四郎</u> (印)																																		