

# 《傷病手当金の支給要件等》

## 支給を受ける条件

次の条件を満たした場合は、傷病手当金が支給されます。

### 1 新型コロナウイルス感染症に感染した者、及び発熱等の症状があり感染が疑われる者であること

被用者自身が労務不能と認められることが必要です。

事業所内で感染者が発生したことにより事業所全体が休業した場合の感染者以外の被用者は対象外です。

家族が感染し濃厚接触者になった等の理由により休業した被用者も対象外です。

### 2 被用者(※1)であること

被用者資格は以下のとおり

① 第1種組合員	法人事業所の事業主 法人事業所及び個人事業所の勤務医師
② 第2種組合員	全て

(※1) 被用者は給与等の支払いを受けている者をいう。

※家族の資格の方は対象外です。

### 3 3日間連続して仕事を休み、4日目以降にも休んだ日があること

3日間連続して休んだことを『待期完成』と言います。

なお、待期完成に要した3日間に対しては傷病手当金は支給されません。

【待期完成の考え方】 ※凡例 休:無給休暇 有:有給休暇 公:土日祝や定休日等の事業所で定められた休暇 出:出勤

例1) 3日間連続して仕事を休んだ場合 ○:待期完成



例2) 3日間連続して仕事を休んでいない場合 ×:待期未完成



例3) 出勤を挟み、その後3日間連続して仕事を休んだ場合 ○:待期完成



例4) 公休日・有休日を含んで3日間連続して仕事を休んだ場合 ○:待期完成



### 4 給与(報酬)の支払いがないこと

## 適用期間と支給額

### 1 適用期間及び支給対象日

令和2年1月1日から療養のため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。

ただし、入院が継続する場合等は健康保険と同様、最長1年6月まで。

### 2 支給額

1日当たりの支給額

(直近の継続した3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

=

支給額

上記の計算にあたり、1日当たりの支給額については、標準報酬月額等級の最高等級の標準報酬月額の1/30に相当する金額の2/3に相当する金額(令和2年3月現在、日額30,887円)を超えるときは、その金額とする。

### 3 傷病手当金の調整

患者の診療もしくは看護の業務または介護の業務等に従事する医師、看護師、介護従事者等が新型コロナウイルスに感染した場合は、業務外で感染したことが明らかである場合を除き、原則として労災保険給付の対象となります。労災保険の休業補償給付を受けている期間中は、傷病手当金は支給されません。ただし、休業補償給付の日額が傷病手当金の日額より少ないときは、その差額が支給されます。

なお、傷病手当金を受け取った後に、休業補償給付を受けていることが判明した場合は、傷病手当金をお返しいただくことになります。

決 裁	常務理事	常務理事	事務局長	課長	係
	令和 年 月 日 決定				

	第1種組合員
	第2種組合員

## 国民健康保険 傷病手当金 支給申請書

組合員記入用 A

**支給要件** 被用者のうち、**新型コロナウイルス感染症**に感染した者、又は発熱等の症状があり**感染が疑われる者**

組合員 情報	被保険者証	記号	番号
	(フリガナ)	生年月日	
	氏名	昭和 平成	年 月 日

振込先	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )	本店 支店 出張所 本店営業部 本所 支所 ※ ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入
	預金種別	普通・当座	口座番号
	口座名義 (カタカナ)	右づめでご記入ください。	

上記のとおり申請します。  
令和 年 月 日

組合員	〒
	住所
	氏名
	電話番号

東京都医師国民健康保険組合理事長 殿

※ 2 の場合は必ず記入してください。  
※ 代理人は家族（親族含む）に限ります。

受取 代理人 の欄	組合員	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。令和 年 月 日
		氏名
		住所 「上記申請」の住所と同じ
	代理人 (口座名義人)	〒

住所	組合員との関係
氏名	
電話番号	

保険者 記入欄	支給決定額
	円

執行印

受付印

## 国民健康保険 傷病手当金 支給申請書

組合員記入用 B

組合員氏名	
-------	--

組合員記入欄	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										
	② 医療機関の受診日 (①で「受診した」と回答した場合)	令和 年 月 日												
		令和 年 月 日												
		令和 年 月 日												
	③ 症状(期間などを具体的に) (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	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	⑤ 左記期間のうち、 勤務ができなかった日数 <small>(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。)</small>	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		1. 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。	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	(給与等の額:円) <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></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、下記の事業主記入欄について、事業主の証明が必要です。)

事業主記入欄	令和 年 月 日			
	上記③～⑥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。			
	事業所所在地			
	事業所名			
事業主氏名				
担当者氏名		電話番号		

# 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賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況をご記入ください。

組合員氏名																			
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							
令和	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		
令和	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休休暇は×】、【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）							
令和	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		
令和	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		
令和	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	日							
				<input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> その他			2.翌月											
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。																			
事業主が証明するところ	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。																			
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																			
担当者氏名				電話番号															

## 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																発病の原因											
	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																					
	うち入院期間	令和	年	月	日	から																療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 公費( )								
		令和	年	月	日	まで																	転帰	<input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> その他							
	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
		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	診療 実日数
															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	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													
															退院年月日	令和	年	月	日													
症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的所見																																
<p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>上記のとおり相違ありません。</p> <p>医療機関の所在地</p> <p>医療機関の名称</p> <p>医療機関の電話番号</p> <p>医師の氏名</p>																																