

新型コロナウイルス感染症に係る

特別傷病手当金について

標記について別紙案内をお読みいただき、該当する組合員は必要書類をご用意の上、申請してください。

なお、8 月末の会員発送にて申請書類一式を各事業所へお送りいたします。

令和 2 年 8 月 18 日

埼玉県歯科医師国保組合

TEL048-829-2325

新型コロナウイルス感染症に係る特別傷病手当金について

埼玉県歯科医師国民健康保険組合に加入している被保険者で、新型コロナウイルス感染症に感染した方等が、療養のため労務に服することができなかった期間について、特別傷病手当金を支給します。

1 支給要件

次の要件を全て満たしている方が支給の対象となります。

- (1) 埼玉県歯科医師国民健康保険組合の被保険者であること
- (2) 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当該感染が疑われたことにより、療養のために労務に服することができず、事業主から給与の全部又は一部の支払を受けることができない被保険者、又は診療業務等に從事できない個人事業主である第1種組合員であること
- (3) 労務に服することができない日、又は診療業務等に從事できない日が4日間以上連続しており、4日目以降の日が令和2年1月1日から同年9月30日までの期間であること

2 支給対象となる期間

療養のため、仕事を休んだ日から起算して3日（待機期間）を経過した日（4日目）から仕事を休んだ期間のうち、仕事に就くことを予定していた日

※ 入院が継続する場合等は、最長で1年6か月まで支給対象期間となります。

3 支給額

- (1) 事業主から給与の支払いを受けることができない被保険者

支給額＝1日当たりの支給額（A）×支給対象となる日数（B）

A＝直近の継続した3か月間の給与収入の合計額÷直近の継続した3か月間の勤務した日数×3分の2

B＝療養のため休んだ日のうち仕事に就くことを予定していた日－待機期間

※ ただし、被保険者期間が3か月に満たない場合は、組合員資格を取得した月から支給を始める日の属する月までの継続した期間となります。

1日当たりの支給額は、30,887円が上限となります。

また、給与の一部が支給される場合や、休業補償等を受けられる場合は、支給額が減額されます。

- (2) 診療業務等に從事できない個人事業主である第1種組合員

支給額＝1日当たりの支給額（A）×支給対象日数（B）

A＝1日当たりの支給額は、8,000円とします。

B＝療養のため休んだ日のうち診療業務等に從事することを予定していた日－待機期間

4 必要な手続き

- (1) 1の支給要件に該当する被保険者につきましては、まずはお電話にてお問い合わせください。
- (2) 申請は、「国民健康保険特別傷病手当金申請書」、勤務状況等の証明は、「事業主の証明書（裏面）」、医療機関に受診した場合は、「診療担当医師の意見書」、その他の場合は、「療養状況報告書（裏面）」を事業主経由でお送りください。
- なお、申請される書類については、以下を参考にしてください。

No.	被保険者の状況	特別傷病手当金支給申請書	勤務状況等事業主の証明書	診療担当医師の意見書	療養状況報告書
1	【自覚症状あり】 被保険者が新型コロナウイルスに感染した場合	○	○	○	×
2	【自覚症状なし】 被保険者が新型コロナウイルスの検査で「陽性」と判定された場合	○	○	○	×
3	【自覚症状あり】 被保険者が発熱等の症状があり自宅療養を行っていた場合	○	○	×	○
4	【自覚症状あり】 被保険者が発熱等の症状があり自宅療養中であったが、医療機関に受診したところ、新型コロナウイルス感染でなく、別の疾病と診断された場合	○	○	○ ※別の疾病と判断された後	○ ※別の疾病と判断される前
5	事業所内で新型コロナウイルスに感染した者が発生し、事業所全体が休業したため、自宅待機を命じられた場合	※ 被保険者自身が療養のために仕事を休んだことに当たらないため、特別傷病手当金の支給対象とはなりません			
6	被保険者には自覚症状はなく、家族が感染し濃厚接触者になり、被保険者が休暇を取得した場合	※ 被保険者自身が療養のために仕事を休んだことに当たらないため、特別傷病手当金の支給対象とはなりません			

※ 上記3と4は、体調悪化等の理由でやむを得ず医療機関へ行くことができず、診療担当医師の意見書が記載できない場合は、療養状況報告書を提出してください。

※ 上記4の自宅療養中であったが、医療機関に受診したところ別の疾病と診断された後は、特別傷病手当金の支給対象とはなりません。

理事長	常務理事	事務局長	課長	副課長	係

支出承認 年 月 日	令和 年 月 日
支給年月日	令和 年 月 日
支給金額	円

国民健康保険特別傷病手当金支給申請書

被保険者証 記号・番号					
被保険者氏名		生年月日		昭和・平成 年 月 日	
症状発生日		令和 年 月 日		帰国者・接触者相談 センター相談日	
医療機関の受診状況 (該当する方に○を してください)		1 受診		受診日	
				令和 年 月 日	
				令和 年 月 日	
		2 未受診		様式2【裏面】の療養状況報告書に療養中の症状(期間 などを具体的に)を記入し、提出してください。	
療養のため、休んだ期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		左記期間のうち 勤務ができなか った日	
上記の療養のため休ん だ期間に給与等の支払 いを受けましたか。		1 はい		2 いいえ	
「はい」と回答した場 合の給与等の額と期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		の分 円	
振 込 先	銀行名			支店名	
	フリガナ 名義人			口座種類	
				普通 ・ 当座	
事 業 主 記 入	上記内容については、当方が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				
	事業所名称				
	事業主名		☎	電話番号 ()	
上記のとおり特別傷病手当金を申請します。					
令和 年 月 日					
被保険者自宅住所 〒 _____					
電話 ()					
被保険者氏名 _____ ☎					
埼玉県歯科医師国民健康保険組合理事長 様					

裏面の勤務状況及び賃金支払い状況等の事業主の証明も必ず記入してください。

勤務状況及び賃金支払い状況等についての事業主の証明書

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。

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 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														
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 (○、△、= 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			
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"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他 ()		賃金計算		締日		日	
										支払日		1. 当月		日	
												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	円	円	円	円	円	円	円	円	円					
	時給	円	円	円	円	円	円	円	円	円					
	手当	円	円	円	円	円	円	円	円	円					
	手当	円	円	円	円	円	円	円	円	円					
	手当	円	円	円	円	円	円	円	円	円					
	手当	円	円	円	円	円	円	円	円	円					
	計	円	円	円	円	円	円	円	円	円					
	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。															
令和 年 月 日															
上記のとおり相違ないことを証明します。															
事業所所在地															
事業所名称															
事業主氏名 (印)															
担当者氏名				電話番号											

診療担当医師の意見書(国民健康保険特別傷病手当金支給申請書添付書類)

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() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他																					
		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			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																	
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																							
										退院年月日	令和 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																																		
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																																		
医師の氏名										㊞	電話番号																							

