

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

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。

申請される方は記入に不備が無いかを電話で確認いたしますので、申請前に組合事務局までご連絡ください。

なお、様式 2 につきましては医療機関を受診した場合に必要な様式ですが、代わりに保健所から出された「就業制限通知書」、「メール、ショートメール、アプリ (MY HER-SYS)」等の写しを添付いただいても構いません。

様式 2 の裏面は休職期間中（初日～最終日）の症状を詳細に記入してください。様式が足りない場合は別途プリントしてご利用ください。

なお、新型コロナウイルス感染症が 5 類感染症に位置づける方針が示されたことに伴い、発症日が令和 5 年 5 月 7 日までの方が申請可能となります。

埼玉県歯科医師国保組合

TEL048-829-2325

陽性になったことを公的機関(保健所など)へ届け出ていないために証明書類が提出できない方や、検査キット等で陽性となり、どこからも陽性証明書類が入手できない方は、申請前にその旨を組合事務局へご連絡いただき、メモでも構いませんので申請書にも「その理由」を添付してください。

特別傷病手当金支給申請書について

様式 1

漏れのないように記入してください

様式 1 裏面

- ① 労務に服することができなかった無給の日を×で表示してください
- ② 労務に服することができなかった日の前3か月の勤務日を○で表示してください

例えば労務に服することができなかった日が7月10日～25日だった場合、その前3か月の勤務日を記入します

その下は前3か月の勤務日に対する賃金支給状況を記入いただきます。

※3か月間の給与÷勤務日数で1日の賃金を算出するために必要です。

給与の締め日は医療機関によって異なりますので、分かるように記入してください。

様式 2

担当医師の記入・捺印が必要です。

医療機関指定の診断書でも構いません。

PCR検査の有無、結果の出た日時等、入院日時、退院日時の記入があると幸いです。

医療機関を受診していない場合は保健所からの「就業制限通知書等」でも構いません。

様式 2 裏面

日時が分かるように、できるだけ詳細に記入してください。

PCR検査日、結果が出た日と検査結果は必ず記入してください。

用紙が足りない場合は予備をご利用ください。

その他

濃厚接触者で自覚症状がなく欠勤している期間、PCR検査で陰性となった後に欠勤した期間は支給対象外となります。

書類に不備なく受付後、国保組合の理事会（毎月1度開催）に諮り、その後、ご指定の口座へお振込みとなりますので、申請から多少のお時間を頂戴いたしますことをご了承ください。

申請に際し、不明な点は

048-829-2325

埼玉県歯科医師国保組合 稲村までご連絡ください

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、又は診療業務等に従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、又は診療業務等に従事できない日が4日間以上連続しており、発症日が令和2年1月1日から令和5年5月7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) 診療業務等に従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従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つたが、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4の自宅療養中であつたが、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。

※ 5類感染症に位置づける方針が示されたことに伴い、発症日が令和5年5月8日以降の場合は、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	令和 年 月 日 (時頃)
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
	様式2の診療担当医師の意見書を提出してください。		
	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	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	
		口座番号	
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。

事業主が証明するところ	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
	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	☐ 月給 ☐ 時間給 ☐ 日給 ☐ 日給月給 ☐ その他 ()	賃金計算
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。					
支給した賃金内訳	期間	単価(円)	月 日 ~	月 日 ~	月 日 ~
	区分		月 日 分	月 日 分	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
	時給	円	円	円	円
	手当	円	円	円	円
	手当	円	円	円	円
	手当	円	円	円	円
	手当	円	円	円	円
	計	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	

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										療養費用の種類別	☐ 国保 ☐ 公費() ☐ 自費 ☐ その他																
	令和 年 月 日まで										転帰	☐ 治癒 ☐ 中止 ☐ 繰越 ☐ 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 医師の氏名																												

療養狀況報告書

(国民健康保険特別傷病手当金支給申請書添付書類)

新型コロナウイルス感染症に関連し、特別傷病手当金を請求するときは、この書類を添付してください。

医療機関の受診有無に関わらず自覚症状がある方

医療機関の受診有無に関わらず自覚症状はないが、検査の結果「陽性」と判定された方

[illegible]

療養狀況報告書

(国民健康保険特別傷病手当金支給申請書添付書類)

新型コロナウイルス感染症に関連し、特別傷病手当金を請求するときは、この書類を添付してください。

医療機関の受診有無に関わらず自覚症状がある方

医療機関の受診有無に関わらず自覚症状はないが、検査の結果「陽性」と判定された方

[illegible]

療養狀況報告書

(國民健康保險特別傷病手当金支給申請書添付書類)

新型コロナウイルス感染症に関連し、特別傷病手当金を請求するときは、この書類を添付してください。

医療機関の受診有無に関わらず自覚症状がある方

医療機関の受診有無に関わらず自覚症状はないが、検査の結果「陽性」と判定された方

[illegible]

国民健康保険傷病手当金支給申請書(事業主記入用)

記入例

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		国保 二郎			
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休暇の日数		
令和4年4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 1× 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(○、△、= の計)		
令和3年12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 ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		21 日		
令和4年1月	1 2 3 4 ⑤ ⑥ 7 ⑧ 9 ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ 16 ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		18 日		
令和4年2月	① ② 3 ④ ⑤ 6 ⑦ ⑧ ⑨ 10 11 12 ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		18 日		
令和4年3月	① ② 3 ④ ⑤ 6 ⑦ ⑧ ⑨ 10 ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		21 日		
事業主が証明するところ	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 ☐ 月給 ☐ 時間給 ☐ 日給 ☐ 歩合給 ☒ 日給月給 ☐ その他	賃金計算 締日 20 日 支払日 1. 当月 25 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。				
支給した賃金内訳	期間	単価(円)	12月21日 ~ 1月20日 分	1月21日 ~ 2月20日 分	2月21日 ~ 3月20日 分
	区分		(A) 支給額(円)	(B) 支給額(円)	(C) 支給額(円)
	基本給	1 8 0 0 0 0	1 8 0 0 0 0	1 8 0 0 0 0	1 8 0 0 0 0
	時給				
	衛生士手当	3 0 0 0 0	3 0 0 0 0	3 0 0 0 0	3 0 0 0 0
	皆勤手当	1 5 0 0 0			1 5 0 0 0
	残業手当				3 0 0 0
	手当				
	現物給与				
	計	2 2 5 0 0 0	2 1 0 0 0 0	2 1 0 0 0 0	2 2 8 0 0 0
		賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)		6 4 8 0 0 0 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 4 年 7 月 10 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		▲▲県●●市■町1丁目2番3号			
事業所名称		国保デンタルクリニック			
事業主氏名		国保 花子			
担当者氏名		国保 三郎		電話番号 123-456-7890	