

新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金の支給について

当組合に加入する被用者（給与の支払いを受けている人）が新型コロナウイルス感染症に感染、または感染が疑われることにより労務に就けず、給与等の支払いを十分に受けられなかった場合、申請により傷病手当金を支給します。

（75歳以上の第二種組合員の方は、広域連合にお問い合わせください。）

次の条件を満たした場合、傷病手当金が支給されます。

1 被用者（※）であること

※被用者とは、給与等の支払いを受けている者をいいます。

組合員	法人事業の事業主
	個人事業および法人事業所の勤務医師
准組合員	すべて

※ 個人事業所の事業主は対象外です。

2 新型コロナウイルス感染症に感染、または発熱等の症状（※）があり感染が疑われる者であること

※支給対象の目安となる症状

強いだるさ（倦怠感）や息苦しさ（呼吸困難）、高熱などの強い症状のいずれかがある
重症化しやすい方（※）で、発熱や咳など比較的軽い風邪の症状がある ※高齢者や基礎疾患がある方、透析を受けている方、抗がん剤治療をされている方等
上記以外で、発熱や咳など比較的軽い風邪の症状が続いている

3 3日間連続して仕事を休み、4日目以降も休んだ日があること

3日連続して休むことを待機期間といい、この期間は支給できません。

3日間のうち1日目は、労務に服する予定であったが、労務に服することができなかった日であること。なお、2日目及び3日目は、公休日や祝祭日でも構いません。



4 給与（報酬）の支払いがないか、減額されて支払われていること

適用期間および支給額

1 適用期間

令和2年1月1日～令和4年9月30日の間で、労務を予定していた日。
ただし、入院が継続する場合は、健康保険と同様、最長1年6か月まで。

2 支給額

$$1日当たりの支給額 = \frac{\text{直近の継続した3か月間の給与収入の合計}}{\text{直近の3か月間の勤労日数}} \times \frac{2}{3}$$

※1日当たりの支給額には上限があります（令和2年3月現在、日額30,887円）。
ただし、給与等が一部減額されて支払われている場合や、休業補償等を受けることができる場合には、支給額が減額されたり支給されないことがあります。

3 申請書

- ①（准）組合員記入用
- ② 被保険者記入用（医療機関に受診していない場合、事業主の証明が必要になります）
- ③ 事業主記入用
- ④ 医療機関記入用（医療機関に受診している場合に必要）

4 以下の場合には傷病手当金の支給対象外となります

- ① 新型コロナウイルス感染症の症状はないが、自宅待機を命ぜられた。
- ② 新型コロナウイルス感染症の症状はないが、家族が感染し濃厚接触者となり、自宅待機をした。
- ③ 通勤中や勤務中の感染で、労災保険の休業補償給付を受ける場合。

理事長	常務理事	事務局長	担当者

国民健康保険傷病手当金支給申請書 ((准)組合員記入用)
(新型コロナウイルス感染症関連)

被保険者情報	被保険者証番号		(准)組合員氏名	
	(フリガナ)氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日
	住所			
振込先	金融機関名称	銀行・信用金庫 信用組合・農協	本店 支店	※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入
	預金別	普通・当座 その他()	口座番号	
	口座名義(カタカナ)			
	※左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1字として、姓と名の間は一字空けてください。			
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所 電話番号</p> <p>(准)組合員氏名 印</p> <p align="right">兵庫県医師国民健康保険組合 理事長 殿</p>				

【受取代理人の欄】 ((准)組合員以外の方が受領する場合は、記入が必要です。)

(准)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 印 住所 同上
代理人 (口座名義人)	〒 - (准)組合員との関係
	(フリガナ)氏名 印

保険者 記入欄	支給決定額		円			
	①	直近3月間の給与収入	円	④	③×2/3(1円未満四捨五入)	円
	②	①の期間の賃金発生日数	日	⑤	支給日数	日
	③	①÷②(10円未満四捨五入)	円	⑥	④×⑤	円

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関連)

被保険者氏名	
--------	--

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) ②医療機関の受診日		令和 年 月 日									
		令和 年 月 日									
		令和 年 月 日									
①で「受診していない」と回答した場合) ③症状(期間などを具体的に)											
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 (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。)	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。	令和 年 月 日から	(給与等の額:円)									
	令和 年 月 日まで	<table border="1"> <tr> <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、下記の事業主記載欄について、事業主の証明が必要です。)

事業主記入欄	令和 年 月 日		
	上記③～⑦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。		
	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	

国民健康保険傷病手当金支給申請書(事業主記入用)

(新型コロナウイルス感染症関連)

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	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	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 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他		賃金計算		締日		日								
		2. いいえ							支払日		1. 当月 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。																			
事業主が証明するところ 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																		
	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) <input type="text"/> 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															

国民健康保険傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)

(新型コロナウイルス感染症関連)

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											療養費用の種別															
		令和 年 月 日まで										転帰																
	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の職種について労務不能と認められた医学的な所見																												
<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>医師の氏名</p>																												
										⑩	電話番号																	
										令和 年 月 日																		

理事長	常務理事	事務局長	担当者

国民健康保険傷病手当金支給申請書((准)組合員記入用)
(新型コロナウイルス感染症関連)

被保険者情報	被保険者証番号	1234567	(准)組合員氏名	国保 一郎									
	(フリガナ)氏名	コクホ ジロウ 国保 二郎			生年月日	昭和 平成	元	年	1	月	1	日	
	住所	△△県〇〇市□□町1丁目2番3号											
振込先	金融機関名称	国保			銀行・信用金庫 信用組合・農協		中央		本店支店				
	預金別	普通・当座 その他()		口座番号			1	2	3	4	5	6	7
	口座名義(カタカナ)	コ	ク	ホ	シ	ロ	ウ						
※左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1字として、姓と名の間は一字空けてください。													
上記のとおり申請します。 令和 2 年 4 月 15 日 住所 〇〇県△△市□□町1丁目2番3号 電話番号 012-345-6789 (准)組合員氏名 国保 一郎 兵庫県医師国民健康保険組合 理事長 殿													

【受取代理人の欄】 ((准)組合員以外の方が受領する場合は、記入が必要です。)

(准)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 2 年 4 月 15 日											
	氏名	国保 一郎			住所	同上						
代理人 (口座名義人)	〒123-4567 △△県〇〇市□□町1丁目2番3号											
	(フリガナ)氏名	コクホ ジロウ 国保 二郎			(准)組合員との関係 子							

保険者記入欄	支給決定額			円			
	①	直近3月間の給与収入	円	④	③×2/3(1円未満四捨五入)	円	
②	①の期間の賃金発生日数	日	⑤	支給日数	日		
③	①÷②(10円未満四捨五入)	円	⑥	④×⑤	円		

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関連)

被保険者氏名	国保 二郎
--------	-------

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 ②医療機関の受診日	令和 2 年 3 月 13 日										
	令和 年 月 日										
	令和 年 月 日										
①で「受診していない」と回答した場合 ③症状(具体的に)											
④療養のために休んだ期間	令和2年3月10日から 令和2年3月27日まで	⑤左記期間のうち、勤務ができなかった日数 (新型コロナウイルス感染症(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。)	7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。	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></tr></table>								

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記載欄について、事業主の証明が必要です。)

事業主記入欄	令和 年 月 日		
	上記③～⑦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。		
	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(事業主記入用)

(新型コロナウイルス感染症関連)

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

締め日が月末以外の場合は、
下記を参考にしてください。

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 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。		無給休暇の日数
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 (○、△、= の計)
令和元年11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
令和元年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	9 日
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	8 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	10 日

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 □ 月給 □ 時間給 □ 日給 □ 歩合給 <input checked="" type="checkbox"/> 日給月給 □ その他	賃金計算	締日	15 日
	2. いいえ			支払日	1. 当月 2. 翌月 25 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。

区分	期間	単価(円)	11月16日 ~ 12月15日 分	12月16日 ~ 1月15日 分	1月16日 ~ 2月15日 分
			(A)支給額(円)	(B)支給額(円)	(C)支給額(円)
基本給		10000	9000	9000	10000
時給					
手当					
現物給与					
計			9000	9000	10000
賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)			28000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2年4月5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

事業主が証明するところ

支給した賃金内訳



国民健康保険傷病手当金支給申請書(事業主記入用)

(新型コロナウイルス感染症関連)

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

締め日が月末以外の場合は、
下記を参考にしてください。

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。		無給休暇の日数
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 (○、△、= の計)
令和元年11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
令和元年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	9 日
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	8 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	10 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	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input checked="" type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他	賃金計算	締日 10 日 支払日 1. 当月 2. 翌月 25 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。

区分	期間	単価(円)	11月11日 ~	12月11日 ~	1月11日 ~
			12月10日 分	1月10日 分	2月10日 分
			(A)支給額(円)	(B)支給額(円)	(C)支給額(円)
基本給		10000	90000	90000	90000
時給					
手当					
現物給与					
計			90000	90000	90000
			賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計) 270000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2年4月5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
-------	-------	------	--------------

