

# 新型コロナウイルス感染症に係る国民健康保険傷病手当金のご案内

(申請前にご一読ください)

支給は一定の要件を満たした場合に限られますので、まずはお電話にて状況を伺わせていただき、要件を満たしているかを確認させていただければと思います。そのため、申請書記入の準備等を行う前に、必ず事前に下記(国保給付係)までお電話にてご連絡ください。

## 1. 対象者

以下のすべてに該当する人

<input type="checkbox"/> 給与等の支払いを受けている北区国民健康保険の被保険者
<input type="checkbox"/> 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感染が疑われ、療養のため労務に服することができなかった
<input type="checkbox"/> 上記により労務に服することができなかった期間に、労務に就くことを予定しており、労務に服することができなかったことにより給与等の全部又は一部を受けることができなかった

以下の場合には対象となりません(例)

<input checked="" type="checkbox"/> 自身が事業主であり、給与等の支払いを受けていない
<input checked="" type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症に感染したり発熱等の症状はないが、濃厚接触の疑いで出勤を自粛した
<input checked="" type="checkbox"/> 出勤抑制のため事業主から自宅待機を命じられた
<input checked="" type="checkbox"/> 事業主が事業を休止又は廃止した

## 2. 支給対象日数

労務に服することができなくなった日から起算して3日を経過した日から、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

## 3. 支給額

直近の継続した3か月間の給与収入合計額÷その間の就労日数×3分の2×支給対象日数

※ 給与等の全部又は一部を受け取ることができる場合は、支給額が調整されたり、支給されない場合があります。

※ 1日当たりの支給額は、30,887円を上限とします(令和2年3月現在)。

## 4. 適用期間

令和2年1月1日から令和5年5月7日の間で療養のため労務に服することができない期間(ただし、入院が継続する場合等は最長1年6か月まで)

## 5. 時効

傷病手当金の支給申請ができることとなった日から2年間

<問い合わせ・申請先>

〒114-8508 東京都北区王子本町1-15-22

北区役所 国保年金課 国保給付係

電話 03-3908-1132

## 新型コロナウイルス感染症に係る 国民健康保険傷病手当金支給申請書(世帯主記入用)

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号番号							世帯主氏名								
	(フリガナ) 氏 名							生年月日	年	月	日					
	住 所															
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 その他( ) <small>※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入</small>								
	預金別	普通・当座 その他( )			口座番号											
	口座名義(カタカナ)															
	<small>※左詰めで記入してください。濁点及び半濁点は1字として記入し、姓と名との間は一字空けてください。</small>															
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>住 所 <span style="float: right;">電 話 番 号</span></p> <p>世帯主氏名 <span style="float: right;">印</span></p> <p style="text-align: right;">東京都北区長 殿</p>																

【受取代理人の欄】(世帯主以外の方が受領する場合は、記入が必要です。)

世帯主	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。 <span style="float: right;">年 月 日</span>												
	氏名			印			住所						
代 理 人 <small>(口座名義人)</small>	電話番号												世帯主との関係
	(フリガナ)												
	氏名			印									

以下には記入しないでください。

保 険 者 記 入 欄	支給決定額
	円

## 新型コロナウイルス感染症に係る 国民健康保険傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

被保険者氏名	
--------	--

症状が出た日	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	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		年 月 日									
		年 月 日									
		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	年 月 日から  年 月 日まで	⑤左記④の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	④の期間についての給与等の 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、その支払の対象と なった(なる)期間をご記入ください。	年 月 日から  年 月 日まで	(給与等の額:円) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></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	年 月 日
	上記③から⑦までの内容については、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

## 新型コロナウイルス感染症に係る 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給与等計算期間の勤務状況及び給与等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	
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	
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)	
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	
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	
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	
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"/> 歩合給 <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		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	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。										年 月 日			
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									

第1号様式(第2条関係)

## 誓約書兼同意書

年 月 日

東京都北区長 殿

私(被保険者) \_\_\_\_\_ と、世帯主 \_\_\_\_\_ は、東京都北区国民健康保険条例及び同施行規則に基づき提出した、新型コロナウイルス感染症に係る国民健康保険傷病手当金支給申請書及び添付書類(以下「申請書類等」という。)の記載内容が事実であることを誓約します。

東京都北区の職員及び東京都北区が委託した事業者が、申請書類等に記載されている事実(診療行為、療養行為、勤務状況、給与等の支払状況等)を確認するため、申請書類等の提供等によって、医療機関、事業主等に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

\* 傷病手当金の対象となる被保険者本人が記入をしてください。

## 新型コロナウイルス感染症に係る 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																													
	被保険者証 記号番号													生年月日																
	傷病名													初診日	年 月 日															
	発病年月日	年 月 日			発病の原因																									
	労務不能と 認められた期間	年 月 日から																												
		年 月 日まで																												
	上記期間のうち 入院期間	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																								
		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。	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											
		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											
		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	年 月 日													
																退院年月日	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																													
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															印	電話番号														