

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

給与の支払いを受けている方のうち、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たため仕事を休んだ場合に、傷病手当金を支給します。

1 対象者

次の4つの条件すべてに当てはまる方が対象となります。

- (1) 給与の支払いを受けている方で、宮城県後期高齢者医療制度に加入している方。
- (2) 新型コロナウイルスに感染または感染が疑われた^{※1}ため、3日間連続^{※2}で仕事を休み（待期期間）、4日目以降にも仕事を休んだ日があること。

※1 濃厚接触者や休業要請等で仕事を休んだときは対象になりません。

※2 勤務予定日を休んだ日を1日目として数えます。2・3日目は公休日（勤務予定がなかった日）でも構いません。

- (3) 仕事を休んでいる期間の給与が支払われないまたは給与が一部しか支払われないこと。
- (4) (2)の4日目以降に仕事を休んだ日が、令和2年1月1日から令和2年9月30日までの間にあること。

2 支給対象となる日数

新型コロナウイルスに感染または感染が疑われたため、3日間連続で仕事を休んだ（待期期間）後、4日目以降の勤務予定日を休んだ日数（入院が継続する場合、最長1年6か月間）。

【例】

勤務予定	公休	勤務	勤務	公休	勤務	勤務	公休	勤務	勤務
↓	発症日								
発症後の状況	公休	休暇	休暇	公休	休暇	休暇	公休	休暇	休暇
待期期間と支給対象日	待期期間3日			支給	支給	支給 支給			

※勤務予定日を休んだときが、待期期間の1日目となります。

この場合、支給対象日は4日です。

3 支給額

1日当たりの支給額^{※3}（（直近の継続した3か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^{※4}

※3 1日当たりの支給額は30,887円が上限です。

※4 仕事を休んだ期間に給与が一部支払われる場合、その給与が上記で計算した支給額より少ないときは、その差額を支給します。上記で計算した支給額より給与が多い場合は支給しません。

4 提出書類

- ・ 傷病手当金支給申請書①（被保険者記入用①）
- ・ 傷病手当金支給申請書②（被保険者記入用②）^{※5}
- ・ 傷病手当金支給申請書③（事業主記入用）
- ・ 傷病手当金支給申請書④（医療機関記入用）または医療機関の領収書・診療明細書の写し^{※5※6}
- ・ 保険証の写し
- ・ 振込先通帳の写し

※5 医療機関を受診しなかった場合、申請書②（被保険者記入用②）に、「③症状・受診しなかった理由」の記入と「事業主記入欄」への証明が必要です。申請書④（医療機関記入用）の提出は不要です。

※6 医療機関の領収書、診療明細書などで診療状況が確認できる場合、申請書④（医療機関記入用）の提出は不要です。

5 問い合わせ先

- 宮城県後期高齢者医療広域連合 給付課
電話：022-266-1021

(様式第69号)

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書①(被保険者記入用①)

被保険者情報	保険者番号	3	9	0	4															
	被保険者番号																			
	(フリガナ) 氏名											生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日				
	住所																			
振込先	金融機関 名称	銀行 信用金庫 農業協同組合 信用組合 ()										本店 支店 ()								
		金融機関コード										支店コード								
	預金種別	普通・当座・貯蓄			口座番号															
	口座名義人 (カタカナ)																			
※左詰めでご記入してください。濁点、半濁点は1字として、姓と名の間は1字空けてください。																				
宮城県後期高齢者医療広域連合長 様																				
上記のとおり、傷病手当金を申請します。																				
令和 年 月 日																				
申請者 住所 _____																				
氏名 _____ (印)																				
電話番号 _____																				

【委任状】 申請者以外の方が受領する場合は、以下の委任状をご記入ください。

委任者 (申請者)	本申請に基づく給付金の受領に関する権限を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日																			
	住所																			
氏名	(印)																			
受任者 (代理人) ※口座名義人	住所																			
	氏名	(印)																	被保険者との関係	

保険者 記入欄	受領申出	審査結果	支給決定額	備考
	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 提出済	<input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 却下		

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書②(被保険者記入用②)

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・受診しなかった理由			
④ 療養のために休んだ期間	令和 年 月 日から	⑤ ④の期間のうち、4日目以降の勤務ができなかった日数 (勤務予定日に、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)によって休んだ日数)	日
	令和 年 月 日まで		
⑥ ④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、その支払いの対象となった(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	<input type="text"/>	円

(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④～⑦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			
⑩			
担当者氏名		電話番号	

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書③(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勤務状況 【出勤は○】、【公休は公】、【上記の事由による有給休暇は△】、【上記の事由による無給休暇は×】、【その他の有給休暇は＝】、【その他の無給休暇は／】 で表示してください。												新型コロナウイルス感染症(感染疑い含む)による休暇の日数						
令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	有給(△)	無給(×)	
	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			
	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＝】 で表示してください。												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	31	日	
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	31	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	<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		日										
			<input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> その他		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 支給した賃金内訳	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。																		
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															

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書④(医療機関記入用)

※医療機関を受診していない場合は記入不要です。

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	<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																																																					
⑩ 電話番号																																																					