

大阪府医師国民健康保険組合からのお知らせ

新型コロナウイルス感染症に感染もしくは感染の疑いのある被保険者等(給与の支払いを受けている方)の傷病手当金の支給申請について

医師国保に加入している被保険者(給与の支払いを受けている方)が、新型コロナウイルス感染症に感染した場合、または発熱等の症状があり感染が疑われた場合に、更なる感染拡大防止の観点から仕事を休みやすい環境の整備をするため、就労することができず給与を受けられなかったときに傷病手当金を支給します。

◎支給要件

1 対象者

次の3つの条件をすべて満たす方

- ① 被保険者(給与の支払いを受けている方)であること。
- ② 新型コロナウイルス感染症に感染した方、または発熱等の症状があり感染が疑われる方で、療養のために就労することができなくなったこと。無症状の濃厚接触者は対象外です。
- ③ 給与等の支払いが全部受けられない、または一部減額されて支払われていること。
(※給与等の支払いを受けている組合員の家族も支給対象となります)

2 支給対象期間

就労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(4日目)から就労することができなかった期間(最長1年6か月)のうち、就労を予定していた日

3 支給額の計算方法

- 1 日当たりの支給額 (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
× 日数(就労を予定していた日数)

(注) 就労することができなかった期間に給与等の一部が支払われている場合はその支払われている額が、上記で算定した支給額より少ないときはその差額を支給します。

(上記で算定した支給額より多いときは支給することはできません。)

(注) 1日あたりの支給額には上限があります。1日あたり上限額：30,887円(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3年12月31日の間で療養のため就労することができない期間
(ただし、入院が継続するときなどは最長1年6か月まで)

◎申請方法

申請には下記のA～Dの申請書を提出いただく必要があります。
ただし、受診しないまま体調が改善した場合等によりDが提出できないときは、Eを提出してください。

A.新型コロナウイルス感染症傷病手当金支給申請書（組合員・准組合員記入用）

*振込先などを記載したもの

B.新型コロナウイルス感染症傷病手当金支給申請書（被保険者記入用）

*症状が出た日や帰国者・接触者相談センターへの相談日などを記載したもの

C.新型コロナウイルス感染症傷病手当金支給申請書（事業主記入用）

*勤務状況（直近3か月間の就労日数および療養のために休んだ期間）や直近3か月に支払われた給与を記載したもの

D.新型コロナウイルス感染症傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）

*傷病名や労務不能と認められた期間等を記載したもの

E.新型コロナウイルスに係る療養状況申立書（Dが提出できないとき）

*医療機関を受診していない場合等によりDが提出できないとき

※申請書は、諸届様式集からダウンロードできます。

◎その他

- ・既存の傷病手当金と併給することは可能です。
- ・7.5歳以上の方は、後期高齢者医療制度での支給となりますので対象外となります。
- ・この新型コロナウイルス感染症に関する傷病手当金の支給基準は、厚生労働省から示された財政支援基準に基づいております。ご理解賜りますようお願いいたします。

ご不明な点等ございましたら、当組合事務局へお問い合わせください。

【お問い合わせ先】

大阪府医師国民健康保険組合

給付係 06-6761-8096

(様式A)

副理事長	担 当 理 事	事務局長	課長(補佐)	係 長	係	支給決定額
						円

新型コロナウイルス感染症傷病手当金支給申請書 (組合員・准組合員記入用)

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号番号	医国	—	組 合 員 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	〒				

(※1)振込先		銀行 信用金庫 信用組合	支店		
口座 種別	普通・当座・貯蓄・納税	口座 番号	第	号	
フリガナ					
名義					

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日
(必ずご記入ください)

〒
住 所

申請人
(組合員・准組合員) 氏 名

印

TEL ()

大阪府医師国民健康保険組合 理事長 様

※1. 組合員又は准組合員の個人口座に限ります。

(様式A)

副理事長	担 当 理 事	事務局長	課長(補佐)	係 長	係	支給決定額
						円

記入例

新型コロナウイルス感染症傷病手当金支給申請書 (組合員・准組合員記入用)

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号番号	医国 999 9999-999	組合員 准組合員	氏名	国保 一郎	
	(フリガナ)	コクホ ジロウ			生年月日	昭和 平成 元 年 1 月 1 日
	氏 名	国保 二郎				
住 所	〒 543-0001 大阪市天王寺区上本町〇丁目〇番〇号					

(※1)振込先	国保	銀行 信用金庫 信用組合	大阪	支店
口座 種別	普通	当座・貯蓄・納税	口座 番号	第 9999999 号
フリガナ	コクホ イチロウ			
名義	国保 一郎			

上記のとおり申請します。

令和 2 年 9 月 18 日

(必ずご記入ください)

〒 543-0001
住 所 大阪市天王寺区上本町2丁目1番20号

申請人
(組合員・准組合員) 氏 名 国保 一郎



TEL 06 (6761) 8096

大阪府医師国民健康保険組合 理事長 様

※1. 組合員又は准組合員の個人口座に限ります。

(様式B)

新型コロナウイルス感染症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	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	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							
	令和 年 月 日まで									
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。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 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③～⑥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	⑤	
担当者氏名		電話番号	


(様式B)

新型コロナウイルス感染症傷病手当金支給申請書 (被保険者記入用)

記入例

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 (14 時頃)								
①医療機関の受診状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 受診した <input type="checkbox"/> 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								
③症状(期間などを具体的に)	3/10の朝から熱が38.5度出て咳もひどいため、仕事先に連絡すると休むように指示があった。発熱・咳が続くため、3/13に帰国者・接触者相談センターへ相談すると、医療機関の受診を進められ、検査を行ったところ陽性の結果が出た。										
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。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ										
⑦⑥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 2 年 9 月 18 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 〒543-0001 大阪市天王寺区上本町2丁目1番20号		
	事業所名称 医療法人 国保医院		
事業主氏名 理事長 田中 太郎			
担当者氏名	国保 花子	電話番号	06-6761-8096

新型コロナウイルス感染症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	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	31	
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
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。																			
支給した賃金内訳	期 区	単価(円)	月 日 ~		月 日 ~		月 日 ~												
			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																		
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 干																			
事業所名称																			
事業主氏名 (印)																			
担当者氏名			電話番号																

※②において通勤手当は非課税対象の為含みません。

新型コロナウイルス感染症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賃金計算期間の勤

記入例

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 2 年 3 月	1 2 3 4 5 6 7 8	× × × ×	13 14 15		
	16 17 18 19 20 21 22 23	× × × ×	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△】、【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 2 年 1 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	△ 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		
令和 2 年 2 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	△ 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		
令和 2 年 3 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	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		
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の期間に対して、賃金を支払いましたか?	<input checked="" type="radio"/> はい	給与の種類 <input checked="" 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	締日 毎月末日		
	<input type="radio"/> いいえ		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。					
事業主が証明するところ 支給した賃金内訳	期区	単価(円)	1 月 1 日 ~ 1 月 31 日分 (A) 支給額(円)	2 月 1 日 ~ 2 月 29 日分 (B) 支給額(円)	3 月 1 日 ~ 3 月 31 日分 (C) 支給額(円)
	基本給	10000	80000	100000	200000
	時給				
	残業手当	2000	8000	4000	6000
	手当				
	手当				
	手当				
	現物給与				
	計	12000	88000	104000	26000
	賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)			218000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 9 月 18 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 〒543-0001 大阪市天王寺区上本町2丁目1番20号					
事業所名称 医療法人 田中医院					
事業主氏名 理事長 田中 太郎					
担当者氏名	国保 花子	電話番号	06-6761-8096		

※②において通勤手当は非課税対象の為含みません。

(様式D)

新型コロナウイルス感染症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																																				
	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																													
	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	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	診療 実日数	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	診療 実日数	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	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	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																																					
⑩ 電話番号																																					

(様式D)

新型コロナウイルス感染症傷病手当金支給申請書

(医療機関記入用)

記入例

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名	国保 二郎				
	傷病名	新型コロナウイルス感染症による呼吸器疾患(肺炎)	初診日	令和 2 年 3 月 13 日		
	発病年月日	令和 2 年 3 月 10 日		発病の原因	不詳	
	労務不能と認められた期間	令和 2 年 3 月 10 日から				
		令和 2 年 3 月 31 日まで				
	うち、入院期間	令和 2 年 3 月 10 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 2 年 3 月 31 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 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	診療実日数	22 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		診療実日数	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		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)						
新型コロナ感染症の感染の疑いのため、3/10初診。検査の結果陽性であり、肺炎の症状がみられたため同日から入院。2週間程度で症状の改善が見られ、3/31に実施した検査において陰性となったため退院。			手術年月日	令和 年 月 日		
			退院年月日	令和 2 年 3 月 31 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						
肺炎の症状の改善後も感染拡大防止の観点から、検査が陰性となるまでは入院が必要であったため、入院期間は労務不能と判断した。						
令和 2 年 9 月 18 日						
上記のとおり相違ありません。						
医療機関の所在地		大阪市天王寺区上本町○丁目○番○号				
医療機関の名称		大阪国保病院				
医師の氏名		山田 三郎		電話番号 06-1234-5678		

＜ 新型コロナウイルスに係る療養状況申立書 ＞

新型コロナウイルスの関係で、組合員が発熱などの症状があるために自宅療養を行っていた場合であって、医療機関記入用の申請書を提出できない場合には、この申立書を添付してください。

被保険者証 記号番号	医国	—	氏名	Ⓔ
住所	〒 —			
	TEL: ()	—	※日中、組合からの連絡が可能な電話番号をご記入ください。	
出勤しなかった日について、事業所にどのような連絡を行ったか、発熱やその他の自覚症状はどうだったか等、詳しくご記入ください。				
出勤しなかった日の療養状況	日			
	日			
	日			
	日			
	日			
	日			
	日			

令和 年 月 日提出