新型コロナウイルス感染症に伴う傷病手当金について

三重県歯科医師国民健康保険組合

令和5年4月6日 更新

支給要件

1. 第1種組合員又は第3種組合員が開設又は管理する病院、診療所にて歯科医業に従事し、給与等の支払いを受けている被保険者で、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、当該感染症の感染が疑われ、その療養のため労務に服することができなかった期間

2. 対象期間:令和2年1月1日から**令和5年5月7日の間**に感染、または感染が疑われる症状があり、その療養のため労務に服することができない期間

   ※**令和5年5月8日以降**に感染、または感染が疑われる症状が出た場合については、**支給対象外**となります。

   - ただし入院が継続する場合は、最長1年6月分を支給します。

3. 支給金額:直近の継続した3か月間の給与収入の合計額をその期間の就労日数で除した金額の3分の2の金額に支給対象となる日数を乗じた額

   - 給与等の全部又は一部を受けることができる場合は、支給額が調整されるか、支給対象外となります。

4. 支給対象日:療養のため労務に服することができなくなった日から起算して3日経過した日(4日目)から労務に服することができない期間

支給対象

1. 第1種組合員又は第3種組合員が開設又は管理する病院、診療所にて歯科医業に従事し、給与等の支払いを受けている被保険者

種　　別	対 象 可 否
第1種組合員	上記条件に該当する方は○ （個人事業主は×）
第2種組合員	○
第3種組合員	×
家　　族	歯科医業に従事している方は○

2. 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）、高熱等の強い症状のいずれかがある場合
- 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場合
  - 高齢者や基礎疾患がある方、透析、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く場合
- 発熱等の症状があり、当該感染症の感染の疑いがあるため自宅療養していた場合

支給金額等について

1. 支給金額算定式

$$\frac{\text{直近の継続した3か月間の給与収入合計額}}{\text{直近の継続した3か月間の就労日数}} \times 2/3 \times \text{支給対象となる日数}$$

2. 1日当たりの支給限度額は日額30,887円(標準報酬月額最高等級の標準報酬月額の１/30の金額の２/３に相当する金額 令和2年3月時点)
3. 本組合加入期間において第1種組合員又は第3種組合員が開設又は管理する病院、診療所にて歯科医業に従事したことにより支給された給与に限る
4. 新入社員等のため、直近の継続した3か月間の給与収入がない場合
   - 休業前に給与の支払いを受けている場合…その期間で算定
   - 休業前に給与の支払いを受けていない場合…支給対象外

支給可否一覧

	状　　況	傷病手当金 支給可否
1	支給対象者が新型コロナウイルスに感染した場合	○
2	支給対象者が検査で新型コロナウイルス「陽性」と判定された場合	○
3	支給対象者が発熱などの自覚症状があり自宅療養を行っている場合	○
4	支給対象者が、発熱などの自覚症状があり自宅療養中であったが、医療機関へ受診したところ、新型コロナウイルス感染ではなく、別の疾病に罹患していた場合	×
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たことにより、自宅待機を命じられた場合	×
6	支給対象者に自覚症状はないが、家族が感染したため濃厚接触者になり、支給対象者が休暇を取得した場合	×
7	労災保険が適用となる場合	×

申請方法

- 本組合所定の申請書をご提出いただきます。以下の書類をご準備いただき、さらに組合が提出を求める書類がある場合は、添付のうえ申請ください。

① 傷病手当金支給申請書(組合員記入用)

② 傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

③ 傷病手当金支給申請書(事業主記入用)

④ 給与明細書(または賃金台帳)の写し(療養期間含む直近4か月分)

⑤ タイムカード(出勤簿)の写し(療養期間含む直近4か月分)

- 支給申請手続きの方法、受給資格の可否等ご不明点につきましては、本組合(TEL:059-227-6488)までお問い合わせください。

※「傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)」、「就業制限通知書および就業制限解除通知書のコピー」、「療養期間通知書のコピー」については、添付不要です。

対象期間や添付書類など変更がある場合は、当組合ホームページ「傷病手当金の支給について」にて情報を更新してまいります。

新型コロナウイルス感染症に感染した被保険者等に係る傷病手当金支給申請書

（組合員記入用）

<table>
<tr><td rowspan="3">組合員情報</td><td>被保険者証
記号番号</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>（フリガナ）
氏　名</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td>昭和
平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">振込先</td><td>金融機関
名称</td><td colspan="2">銀行 ・ 金庫 ・ 信組
農協 ・ 漁協
その他（　　）</td><td colspan="2">本店 ・ 支店
出張所 ・本店営業部
本所 ・ 支所
その他（　　）
※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入</td></tr>
<tr><td>預金別</td><td>普通 ・ 当座
その他（　　）</td><td>口座番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">（カタカナ）
口座名義</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

住　所

組合員氏名　　㊞

電 話 番 号

三重県歯科医師国民健康保険組合理事長　殿

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感染した被保険者等に係る傷病手当金支給申請書

（被保険者記入用）

被保険者証 記号番号		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 令和　　年　　月　　日まで	（給与等の額：円） □□□□□□□

雇用主記入欄	令和　　年　　月　　日 上記④～⑦の内容については、当診療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。 診療所所在地 診療所名 雇用主である 第1種組合員氏名　　㊞

担当者氏名		電話番号	

新型コロナウイルス感染症に感染した被保険者等に係る傷病手当金支給申請書（第1種組合員＜雇用主＞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

被保険者証記号番号		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 **【出勤は〇】、【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。**		左記の事由による休暇の日数
令和　年　月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 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 **【出勤は〇】、【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（〇、△、＝　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　□ 歩合給 □ 日給月給　□ その他	賃金計算	締　日	日
					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 期間／区分	単価（円）	月　日～月　日分 （A）支給額（円）	月　日～月　日分 （B）支給額（円）	月　日～月　日分 （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。
また、上記②の期間の賃金支給状況を証明する書類（給与明細書のコピー、給与台帳のコピーなど）を添えて申請します。

診療所所在地

診療所名称

雇用主である
第1種組合員氏名　　㊞

新型コロナウイルス感染症に感染した被保険者等に係る傷病手当金支給申請書

記入例

（組合員記入用）

組合員情報	被保険者証記号番号	12345678	生年月日	昭和（平成） 50 年 10 月 10 日
	（フリガナ） 氏　名	サンシ　ハナコ 三歯　花子		
	住　所	三重県〇〇市□□町1丁目2番3号		
振込先	金融機関名称	国保　銀行・金庫・信組　農協・漁協　その他（　　）	中央　本店・支店　出張所・本店営業部　本所・支所　その他（　　） ※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	1 2 3 4 5 6 7
	（カタカナ） 口座名義	サンシ　ハナコ 三歯　花子		

上記のとおり申請します。

令和3年9月20日

住　所　　三重県〇〇市□□町1丁目2番3号

組合員氏名　　三歯　花子　　三歯 印

電 話 番 号　　012－3456－7890

三重県歯科医師国民健康保険組合理事長　殿

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感染した被保険者等に係る傷病手当金支給申請書

記入例

（被保険者記入用）

被保険者証 記号番号	12345678	被保険者氏名	三歯　花子

症状が出た日	令和3年8月15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3年8月16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　3　年　8　月　16　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3年8月16日から 令和3年8月25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。）	10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	⑤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） □□□□□□□

雇用主記入欄	令和　3　年　9　月　20　日 上記④～⑦の内容については、当診療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。 診療所所在地　三重県●●市■■町1丁目2番3号 診療所名　国保歯科医院 雇用主である第1種組合員氏名　国保　一郎　㊞国保

新型コロナウイルス感染症に感染した被保険者等に係る傷病手当金支給申請書（第1種組合員＜雇用主＞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。

記入例

事業主が証明するところ

被保険者証記号番号	12345678	被保険者氏名	三歯　花子

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 **【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。**		左記の事由による無給休暇の日数
令和3年8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　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5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)	20　日
令和3年6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	21　日
令和3年7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)	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	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　□ 歩合給　☑日給月給　□ その他	賃金計算	締　日　毎月末　日 支払日　1. 当月　2. 翌月　20　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　期間／区分	単価（円）	5月 1日 ～ 5月31日 分 (A)支給額（円）	6月 1日 ～ 6月30日 分 (B)支給額（円）	7月 1日 ～ 7月31日 分 (C)支給額（円）
基本給	200000	200000	200000	200000
時　給				
資格手当	30000	30000	30000	30000
残業手当	10000	10000	10000	10000
手当				
手当				
現物給与				
計		240000	240000	240000
		賃金支給総額（上記(A)～(C)の合計）		720000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　3　年　9　月　20　日

上記のとおり相違ないことを証明します。
また、上記②の期間の賃金支給状況を証明する書類（給与明細書のコピー、給与台帳のコピーなど）を添えて申請します。

診療所所在地　三重県●●市■■町1丁目2番3号

診療所名称　国保歯科医院

雇用主である第1種組合員氏名　国保　一郎　印　国保