

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

《申請前にお読みください》

●対象者

下記のすべてに該当する方

- 給与等の支払いを受けている国民健康保険の被保険者
- 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
- 3日間連続して仕事を休み、4日目以降にも休んだ日があり、4日目が下記の適用期間内に属する
- 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取ることができなかった

《以下の場合は支給の対象となりません》

- ◆ 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はないが、濃厚接触の疑いがあるため出勤を自粛した
- ◆ 出勤抑制のため事業主から自宅待機を命じられた
- ◆ 事業主が事業を休止又は廃止した
- ◆ 自身が事業主であり、給与等の支払を受けていない

●支給対象となる日数

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（4日目）から、労務に就くことを予定していた日

●支給額

(直近の継続した3か月の給与収入の合計額÷就労日数)×2/3×支給対象となる日数

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

※ 1日あたりの支給額は、30,887円を上限とします。

●適用期間

令和2年1月1日から令和4年9月30日まで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)

【裏面は、提出書類のご案内を記載しています。】

＜問い合わせ・申請書提出先＞

〒412-8601 御殿場市萩原 483 番地

御殿場市役所 国保年金課 保険給付スタッフ

電話 0550-82-4121

提出書類のご案内

申請書類（チェックシート）

以下の書類を準備してください

★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支給申請書」

<input type="checkbox"/> 世帯主記入用【必須】 様式第1号の2 (第2条の2関係)(その1)	<input type="checkbox"/> 記入漏れはありませんか <input type="checkbox"/> 振込口座は世帯主名義になっていますか (世帯員名義を希望される場合は受け取代理人の欄にご記入ください)
<input type="checkbox"/> 被保険者記入用【必須】 様式第1号の2 (第2条の2関係)(その2)	<input type="checkbox"/> 記入漏れはありませんか <input type="checkbox"/> 医療機関を受診していない場合、事業主の証明がありますか
<input type="checkbox"/> 事業主記入用【必須】 様式第1号の2 (第2条の2関係)(その3)	<input type="checkbox"/> 記入・押印漏れはありませんか
<input type="checkbox"/> 医療機関記入用 様式第1号の2 (第2条の2関係)(その4)	<input type="checkbox"/> 医療機関を受診していない場合は不要ですが、その場合は様式第1号(第2条の2関係)(その2)の被保険者記入用に事業主の証明が必要です



申請書の提出

提出方法	下記宛先へ郵送してください。 〒412-8601 御殿場市萩原 483 番地 御殿場市役所 国保年金課 保険給付スタッフ 宛
------	---