

傷病手当金の申請書は最大4種類の提出が必要です。ご自身が該当しているか、申請書作成前に次のフローチャートで、該当しているか確認してください。

●【重要】対象となる方（フローチャートでチェックする前に必ず確認してください）

御殿場市国民健康保険に加入している人のうち、自営業者の専従者や社会保険加入を要しない範囲の年収で働くパート勤務者等が想定対象者です。（給与支払者である自営業者は対象外）

●対象となる方は、下記フローチャートでチェックスタート

令和5年5月7日までの期間中に、新型コロナウイルスに感染した、または感染の疑いがありますか？（新型コロナウイルスへの感染の疑いが医療機関又は事業主によって証明できる。）

はい

感染、または発熱などの症状により感染が疑われ、連続して3日間仕事を休み、4日以降も休みましたか？

いいえ

はい

感染または感染の疑いによりお休みされた期間に受けられるはずであった給与の一部または全部を受け取ることができなかったですか？

いいえ

はい

医療機関を受診しましたか？

はい

(申請書)

- | |
|------------------|
| (1)世帯主記入用 (その1) |
| (2)被保険者記入用 (その2) |
| (3)事業主記入用 (その3) |
| (4)療養期間がわかるもの |

いいえ

(申請書)

- | |
|------------------|
| (1)世帯主記入用 (その1) |
| (2)被保険者記入用 (その2) |
| (3)事業主記入用 (その3)※ |

これらの申請書類を市国保年金課へ原則郵送

〒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(☎2-4121)

※通常申請受理月の翌月に支給となります。
(支給前に、「支給・不支給決定通知書」を郵送しますので、
振込金額、振込日等ご確認ください。)

いいえ

【申請対象外】

・本人の感染または感染疑いがなく、同事業所内で陽性者が生じたこと等のみを起因とした一定期間の事務所休業によるものは対象外です。

・感染の疑いはないものの、職場の人員密度を下げる目的等によりやむなく取得を要した休暇も対象外です。(あくまで「傷病(感染等の症状)」を起因としたものに限り支給するものです。)

・給与の全額または一部の支払いを受けている場合(有給休暇も含む)は対象となりません。ただし、支払いを受けた給与の額が傷病手当金の額より少ない場合は差額が支給される事があります。

(1) 世帯主記入用(その1)

当該国民健康保険における世帯主名での申請(保険証に記載のある世帯主名(被保険者名))。ただし、世帯主(被保険者)以外の人への振込を希望する場合は、委任欄に世帯主(被保険者)の署名又は記名・押印が必要。

(2) 被保険者記入用(その2)

傷病を受けた被保険者本人が記載。ただし、家族等による代筆可。

※医療機関を受診していない場合は、(2)に事業主による証明欄の記入・押印が必要。

(3) 事業主記入用(その3)

必ず事業主による記入・押印が必要。

(4) 療養期間がわかるもの

保健所からのメールの写し・初回受診時の明細付領収書の写し等、不明な場合はお問い合わせください。