

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支給申請について (申請前に必ずお読みください)

芦屋市国民健康保険の被保険者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、その療養のため労務に服することができなかった期間（一定の要件を満たした場合に限ります。）傷病手当金を支給します。

1 対象者（以下のすべてに該当する人）

- 会社等から給与の支払いを受けている被用者で、芦屋市国民健康保険に加入の被保険者
- 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
- 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

※以下の場合は対象となりません〈例〉

- 自身が個人事業主やフリーランスであり、給与の支払いを受けていない
- 新型コロナウイルス感染症に感染しておらず発熱等の症状もないが、濃厚接触者のため出勤を自粛した又は自宅待機を命じられた
- 新型コロナウイルス感染症の後遺症により勤務することができなかった
- 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
- 労災の休業補償給付の支給を受けている

2 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日を経過した日から、労務に服することができない期間のうち出勤を予定していた日

3 支給額

$(\text{直近3か月間の給与収入の合計額} \div \text{就労日数}) \times 2/3 \times \text{労務に服することができない日数}$

※給与等の全部又は一部を受け取ることができる場合は、支給額の調整や支給できない場合があります。

※支給額には上限があります。

4 適用期間

令和2年1月1日～令和5年5月7日の間に感染した新型コロナウイルス感染症の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は最長1年6か月まで）

5 時効

労務不能の日ごとにその翌日から2年間

申請については、裏面をご覧ください。

6 申請書の記入にあたりご留意いただきたい事項

国民健康保険傷病手当金申請書類	
(1)世帯主記入用【必須】	<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ですか →世帯主名義ではない場合、【受取代理人欄】に記入が必要です
(2)被保険者記入用【必須】 ※事業主の証明が必要です	<input type="checkbox"/> 記入漏れはありませんか <input type="checkbox"/> 事業主の証明はありますか →(4)医療機関記入用の申請書を提出しない場合、医療機関の受診の有無に関わらず事業主記入欄に事業主の証明が必要です
(3)事業主記入用【必須】	<input type="checkbox"/> 事業主が記入・証明していますか <input type="checkbox"/> 賃金の締日が末日でない場合、②勤務状況欄は賃金計算期間4か月にわたって記載されていますか (例) 賃金締日9月15日、発症日9月16日の場合 直近3か月の賃金支給状況 6/16~7/15、7/16~8/15、8/16~9/15 →②勤務状況欄 6月、7月、8月、9月の4か月分記入が必要です <input type="checkbox"/> 複数の勤務先がある場合、事業主ごとに申請書が必要です
(4)医療機関記入用	<input type="checkbox"/> <u>臨時的な取扱いとして当面の間、提出は不要です</u> →ただし、療養期間が11日以上の場合は、医師による証明が必要です
(5)療養証明書	<input type="checkbox"/> 兵庫県、保健所等が発行する「療養証明書」、厚生労働省が運用するMyHER-SYSからプリントアウトした「療養証明書」がある場合はその写しをご提出ください
(6)その他	審査のため追加書類をお願いする場合があります

7 審査のための調査等について

申請内容の確認のため、事業主、医療機関等へ調査及び照会を行う場合があります。

8 返還について

支給確定後に要件に該当しないことが判明した場合や過払いが生じた場合は、傷病手当金を返還していただきます。

《お問い合わせ先》

〒659-8501 芦屋市精道町7番6号 芦屋市市民生活部保険課 保険係
TEL: 0797-38-2035 FAX: 0797-38-2158