

下松市国民健康保険 傷病手当金 申請について

1 申請書に必要な書類

申請書及び2つの添付書類の提出が必要となります。別添の記入例を参照の上、書類のご記入をお願いいたします。

① 下松市国民健康保険傷病手当金支給申請書

② 医療機関受診状況届（被保険者記入用）

→ 事業主記入欄については、被保険者から勤務先担当者に記入を依頼してください。

③ 勤務・賃金支払状況証明書（事業主記入用）

→ 被保険者から勤務先担当者に記入を依頼してください。

2 対象者

次の4つの条件を全て満たす方が対象となります。

- (1) 下松市国保の被保険者であること。
- (2) 被用者であり、給与、賃金等の支払の対象であること。
- (3) 新型コロナウイルス感染症に感染し、又は発熱等の症状があり感染が疑われることにより、療養のため労務に服することができなくなった期間が3日以上あること。
- (4) 労務に服することができなかったことにより、給与等の支払を受けられないか、一部減額されて支払われていること。

3 支給対象期間

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

4 支給額

$$\begin{aligned} & (\text{直近3か月の給与収入合計額} \div \text{直近3か月の就労日数}) \times 2 / 3 \\ & \times (\text{療養のため休んだ日数} - 3 \text{日}) \end{aligned}$$

【例】療養のため10日間労務に服することができなかった場合

直近3月 給与計	同3月就労 日数計	就労1日当 たり給与 [①]	① × 2 / 3 [②]	対象日数(休 業日数-3日) [③]	支給額 [②×③]
270,000	27	10,000	6,667	7	46,669

※ ①：10円未満を四捨五入、②：1円未満を四捨五入

※ 賞与は含まない。また、通勤手当等の非課税所得を除いた額を記入してください。

※ 給与の一部が支払われている場合などは、支給額が調整されます。

※ 1日当たり支給上限額：最高等級標準報酬月額 × 1 / 30 × 2 / 3