

松江市告示第 263 号

新型コロナウイルス感染症に感染した被保険者等に対する傷病手当金の支給に関する取扱要綱を次のとおり制定する。

令和 2 年 4 月 14 日

松江市長 松 浦 正 敬

新型コロナウイルス感染症に感染した被保険者等に対する傷病手当金の支給に関する取扱要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、松江市国民健康保険条例（平成 17 年松江市条例第 230 号）附則第 9 項から第 14 項までの規定に基づき市が支給する新型コロナウイルス感染症に感染した被保険者等に対する傷病手当金（以下「傷病手当金」という。）に関し、必要な事項を定めるものとする。

(申請)

第2条 傷病手当金の申請は、世帯主が国民健康保険傷病手当金支給申請書（世帯主記入用）（様式第 1 号）に、次条に定める書類を添付して行う。

2 条例附則第 9 項に規定する療養のため労務に服することができない被保険者（以下「感染被保険者等」という。）が申請前に死亡した場合には、その相続人（当該相続人が傷病手当金の支給に必要な項目を証明できる場合に限る。）が傷病手当金の申請を行うことができる。

(添付書類)

第3条 前条に定める添付書類は、次のとおりとする。

- (1) 国民健康保険傷病手当金支給申請書（被保険者記入用）（様式第 2 号）
- (2) 国民健康保険傷病手当金支給申請書（事業主記入用）（様式第 3 号）
- (3) 国民健康保険傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）（様式第 4 号）

2 前項第 2 号に規定する申請書は、感染被保険者等が直近の継続した 3 月間において複数の事業所に就労し、当該複数の事業所ごとに傷病手当金を申請する場合には、各事業主

においてこれを作成する。

- 3 第1項第3号に規定する申請書は、感染被保険者等が医療機関を受診しない場合には、これを添付不要とする。ただし、この場合においては、第1項第1号に規定する申請書において、事業主が労務不能の期間等を証明しなければならない。

(審査結果の通知)

第4条 市長は、第2条第1項の規定により申請書の提出があったときは、適否を審査の上、書面により結果を通知するものとする。

(支給決定の取消)

第5条 傷病手当金の支給を受けた者が、偽りその他不正な行為により、傷病手当金の支給を受けたと認められるときは、当該傷病手当金の全部又は一部の支給の決定を取り消すことができる。

- 2 市長は、前項の規定により傷病手当金の支給の決定を取り消した場合は、その取消に係る部分に関し、期限を定めてその返還を命ずるものとする。

(傷病手当金支給開始日の属する期間の終期)

第6条 松江市国民健康保険条例の一部を改正する条例(令和2年松江市条例第40号)附則に規定する市長が定める日は、令和2年9月30日とする。

(雑則)

第7条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この告示は、令和2年4月14日から施行する。

様式第1号（第2条関係）

## 国民健康保険傷病手当金支給申請書（世帯主記入用）

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号番号		世帯主氏名	
	(フリガナ) 氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
振 込 先	金融機関 名称	銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他( )	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	
	口座名義(カタカナ)			
	※左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1字として、姓と名の間は一字空けてください。			
上記のとおり申請します。				
年 月 日				
住 所 電話番号				
世帯主氏名 ㊟				
(あて先) 松 江 市 長				

【受取代理人の欄】（世帯主以外の方が受領する場合は、記入が必要です。）

世帯主	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 年 月 日		
	氏名 ㊟	住所	
代 理 人 (口 座 名 義 人)	〒	—	世帯主との関係
	(フリガナ)		
	氏名 ㊟		

保 険 者 記 入 欄	支給決定額
	円

## 国民健康保険傷病手当金支給申請書（被保険者記入用）

被保険者氏名											
症状が出た日	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	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		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)		年 月 日									
③の症状による 療養のために 休んだ期間	年 月 日から  年 月 日まで	④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								
⑤ 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										
⑥ 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。	年 月 日から	(給与等の額:円)									
	年 月 日まで	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記載欄について、事業主の証明が必要です。)

事業主 記入 欄	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">年 月 日</div> <p>上記③～⑥の内容については、当事業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。</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名 <span style="float: right;">㊞</span></p>		
担当者氏名	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; height: 25px;"></td> <td style="width: 60%; height: 25px;"></td> </tr> </table>		
電話番号	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; height: 25px;"></td> <td style="width: 60%; height: 25px;"></td> </tr> </table>		

様式第3号（第3条関係）

## 国民健康保険傷病手当金支給申請書（事業主記入用）

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 上記の事由による無給休暇の日数を×で表示してください。												左記の事由による 無給休暇の日数		
	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	
	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）		
	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	
	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	
	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	
	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	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 時間給	賃金計算	締日		日					
		2. いいえ	<input type="checkbox"/> 日給		<input type="checkbox"/> 歩合給	支払日		日							
				<input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> その他			1. 当月 2. 翌月							
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			月 日 ～ 月 日 分			月 日 ～ 月 日 分						
			(A) 支給額（円）			(B) 支給額（円）			(C) 支給額（円）						
	基本給														
	時給														
	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。															
年 月 日															
上記のとおり相違ないことを証明します。															
事業所所在地															
事業所名称															
事業主氏名 <span style="float: right;">㊟</span>															
担当者氏名				電話番号											

## 国民健康保険傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名			生年月日	年	月	日													
	傷病名			初診日	年	月	日													
	発病年月日	年	月	日	発病の原因															
	労務不能と認められた期間	年	月	日から																
		年	月	日まで																
	うち、入院期間	年	月	日から	療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 公費(        ) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他														
		年	月	日まで		転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医													
	診療日及び入院していた日を○で囲んでください。	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日
				16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
		年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
		年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日
				16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しく）																				
				手術年月日	年	月	日													
				退院年月日	年	月	日													
症状経過から見て従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見																				
年 月 日																				
上記のとおり相違ありません。 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名 <span style="float: right;">☎ 電話番号</span>																				