

| | | | | | | | | | |
|----------|------|------|----|----|----|---------|------|------|----|
| 処理 決裁 | 支部受付 | 国保受付 | 審査 | 係長 | 課長 | 事務局(次)長 | 常務理事 | 専務理事 | 送金 |
| | | | | | | | | | |
| 支部名 | 支部 | | | | | | | | |

新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金支給申請書 ①

(組合員記入用)

| | | | | | | | | |
|--|----------|--------|----------|----|---|---|-----|----|
| 保険証番号 | 玉306・() | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 | | |
| 組合員 | 氏名 | 印 | | | | | | |
| | 住所 | 電話 () | | | | | | |
| 新型コロナウイルス感染症(疑い含む)により、仕事ができなかった期間と日数を記入してください。 | | | | | | | | |
| 令和 | 年 | 月 | 日から | 令和 | 年 | 月 | 日まで | 日間 |
| 新型コロナウイルス感染症(疑い含む)により労務不能であったことを証明する書類を下記より選択して添付してください。(どれか一つに○をつけてください) | | | | | | | | |
| 1. 新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金支給申請書 ② (医療機関記入用) | | | | | | | | |
| 注) 医療機関の証明がある場合は、従来より土建国保の制度である傷病手当金の申請を選択することも可能ですが、「新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金」の申請でよろしいですか。 (申請できるのはどちらか一つです) ※従来の傷病手当金については医療機関の証明が必ず必要です。詳しくは別紙、またはホームページをご確認ください。 | | | | | | | | |
| ① コロナ傷病手当金でよい ② 従来の傷病手当金に切り替える (所属の支部にご相談ください) | | | | | | | | |
| 2. 保健所発行の療養証明書等 | | | | | | | | |
| 3. My HER-SYSの療養証明書 | | | | | | | | |
| 注) 療養期間を判断するため、下記の欄にもご記入ください。 | | | | | | | | |
| ① 発熱等の症状はありましたか [はい (有症状) いいえ (無症状)] | | | | | | | | |
| ② 上記の①で「はい (有症状)」を選択した場合は症状について具体的に記入してください。 | | | | | | | | |
| [] | | | | | | | | |
| ● 振込先は、私の一部負担払戻金の払い戻し指定口座にしてください。 | | | | | | | | |
| 注意 ▶ 相続人が申請される場合は、振込先を確定するため別に書類が必要です。 | | | | | | | | |
| 上記のとおり申請します。 | | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | | | | |
| 埼玉土建国民健康保険組合 理事長 殿 | | | | | | | | |

下欄は国保組合の審査欄ですから、組合員は記入をしないでください。

| | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--------|-----|---|-------|-----|---|---|------|----|----|---|
| 保 険 者 記 入 欄 | 支給決定区分 | 第・特 | 種 | 傷病発生日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | |
| | 入院 | 令和 | 年 | 月 | 日から | 年 | 月 | 日までの | 日分 | 日額 | 円 |
| | 自宅 | 令和 | 年 | 月 | 日から | 年 | 月 | 日までの | 日分 | 日額 | 円 |
| | 合計 | | | | | | | | | | 円 |

新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金支給申請書 ② (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 | | 保険証番号 | 玉306・() | |
| | 傷病名 | | 初診日 | 令和 年 月 日 | |
| | 発病年月日 | 令和 年 月 日 | 発病の原因 | | |
| | 労務不能と 認められた期間 | 令和 年 月 日から | | | |
| | | 令和 年 月 日まで | | | |
| | うち、入院期間 | 令和 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 | |
| | | 令和 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。 | 令和 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 | 診療 実日数 | 日 |
| | | 令和 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 | 診療 実日数 | 日 |
| | | 令和 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 | 診療 実日数 | 日 |
| 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 | 令和 年 月 日 | |
| | | | 退院年月日 | 令和 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 | | | | | |
| | | | | | |
| 令和 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 | | | | | |
| ⑩ 電話番号 | | | | | |

「新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金」と、

従来より埼玉土建国保の制度としてある「傷病手当金」の違いについて

埼玉土建国保では、従来より、病気やケガ等で働けなくなったときの休業補償制度として「傷病手当金制度」があります。また、「新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金」は新型コロナウイルス感染症に限って創設された制度です。事業主や一人親方等の組合員の方で、医療機関記入用の「申請書②」を取得している場合は、どちらか一つの傷病手当金を申請することができます。どちらで申請をするかは下記にポイントをまとめましたので参考にしてください。

●各制度のポイント●

①「傷病手当金」について

- ・労務不能が4日以上ある場合に1日目から支給します。（待期期間なし）
- ・「病気」と「ケガ特定傷病」の二つの区分があり、区分ごとに180日分を限度に支給します。（コロナの場合は「病気」区分になります）
- ・医療機関の証明が必ず必要です。（保健所やMy HER-SYSの証明書類では申請できません）

②「新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金」について

- ・支給対象期間のうち、コロナウイルスに感染（疑い含む）したことにより仕事を休んだ日から3日間を待期期間とします。（4日目から支給）
- ・支給日数は、上記①の「傷病手当金」の支給限度日数（180日分）からは差し引きません。
- ・医療機関の証明、または保健所の通知、My HER-SYSの療養証明書でも申請できます。

※1日当たりの支給金額（①②ともに）
（保険料区分により決まります）

| | 入院日 | 自宅療養日 |
|-----|--------|--------|
| 特2種 | 6,900円 | 5,000円 |
| 特1種 | 6,500円 | 4,800円 |
| 第1種 | 6,000円 | 4,300円 |
| 第2種 | 5,500円 | 3,800円 |
| 第3種 | 5,000円 | 3,300円 |
| 第4種 | 4,500円 | 3,000円 |
| 第5種 | 4,300円 | 2,800円 |
| 第6種 | 4,000円 | 2,600円 |

| | | | | | | | | | |
|----------|------|------|----|----|----|---------|------|------|-----|
| 処理 決裁 | 支部受付 | 国保受付 | 審査 | 係長 | 課長 | 事務局(次)長 | 常務理事 | 専務理事 | 送金 |
| | | | | | | | | | |
| 支部名 | 支部 | | | | | | | | 記入例 |

新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金支給申請書 ①

(組合員記入用)

| | | | | |
|--|-------------------|---|--------------|---------------|
| 保険証番号 | 玉306・(60)12345 | 生年月日 | 昭和 平成 | 46 年 3 月 21 日 |
| 組合員 | 氏名 | 国保 太郎 国保印 | | |
| 住所 | さいたま市南区鹿手袋〇-〇-〇 | 電話 | 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇 | |
| 新型コロナウイルス感染症(疑い含む)により、仕事ができなかった期間と日数を記入してください。 | | | | |
| 令和 4 年 3 月 10 日から | 令和 4 年 3 月 31 日まで | 22 | 日間 | |
| 新型コロナウイルス感染症(疑い含む)により労務不能であったことを証明する書類を下記より選択して添付してください。(どれか一つに〇をつけてください) | | | | |
| ① 新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金支給申請書 ② (医療機関記入用) | | | | |
| 注) 医療機関の証明がある場合は、従来より土建国保の制度である「傷病手当金」の申請を選択することも可能ですが、「新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金」の申請でよろしいですか。(申請できるのはどちらか一つです) ※従来の傷病手当金については医療機関の証明が必ず必要です。詳しくは別紙をご確認ください。 | | | | |
| ① 〇 コロナ傷病手当金でよい ② 従来の「傷病手当金」に切り替える (支部にご相談ください) | | | | |
| 2. 保健所発行の療養証明書等 | | | | |
| 3. My HER-SYSの療養証明書 | | | | |
| 注) 療養期間を判断するため、下記の欄にもご記入ください。 | | | | |
| ① 発熱等の症状はありましたか [はい(有症状) いいえ(無症状)] | | | | |
| ② 上記の①で「はい(有症状)」を選択した場合は症状について具体的に記入してください。 | | | | |
| [] | | | | |
| ● 振込先は、私の一部負担払戻金の払い戻し指定口座にしてください。 | | | | |
| 注意▷ 相続人が申請される場合は、振込先を確定するため別に書類が必要です。 | | | | |
| 上記のとおり申請します。 | | | | |
| 令和 4 年 4 月 15 日 | | 埼玉土建国民健康保険組合 理事長 殿 | | |

下欄は国保組合の審査欄ですから、組合員は記入をしないでください。

| | | | | | |
|----------------|--------|------------|----------|-------|----------|
| 保険 者記 入欄 | 支給決定区分 | 第・特 | 種 | 傷病発生日 | 令和 年 月 日 |
| | 入院 | 令和 年 月 日から | 年 月 日までの | 日分 | 日額 円 |
| | 自宅 | 令和 年 月 日から | 年 月 日までの | 日分 | 日額 円 |
| | 合計 円 | | | | |

新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金支給申請書 ② (医療機関記入用)

記入例

| | | | | | | |
|---|-------------------------|--------------------------|-------------------------------------|---|---|------|
| 医療機関 担当者が 意見を 記入する ところ | 患者氏名 | 国保 太郎 | | 保険証番号 | 玉306・(60)12345 | |
| | 傷病名 | 新型コロナウイルス感染症による呼吸器疾患(肺炎) | | 初診日 | 令和 4年 3月 13日 | |
| | 発病年月日 | 令和 4年 3月 10日 | | 発病の原因 | 不詳 | |
| | 労務不能と認められた期間 | 令和 4年 3月 10日から | | | | |
| | | 令和 4年 3月 31日まで | | | | |
| | うち、入院期間 | 令和 4年 3月 10日から | | 療養費用の種別 | <input type="checkbox"/> 国保 <input checked="" type="checkbox"/> 公費(感染症) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他 | |
| | | 令和 4年 3月 31日まで | | 転帰 | <input checked="" 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。 | 令和 4年 3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 | 診療実日数 | 22 日 |
| | | 令和 4年 3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 | 実日数 | 日 |
| | | 令和 4年 3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 | 実日数 | 日 |
| 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) | | | | | | |
| 新型コロナウイルス感染症の感染の疑いのため、3/10初診。検査の結果陽性であり、肺炎の症状がみられたため同日から入院。2週間程度で症状の改善が見られ、3/31に実施した検査において陰性となったため退院。 | | | 手術年月日 | 令和 年 月 日 | | |
| | | | 退院年月日 | 令和 4年 3月 31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 | | | | | | |
| 肺炎の症状の改善後も感染拡大防止の観点から、検査が陰性となるまでは入院が必要であったため、入院期間は労務不能と判断した。 | | | | | | |
| 令和 4年 4月 10日 | | | | | | |
| 上記のとおり相違ありません。 | | | | | | |
| 医療機関の所在地 | | △△県◇◇市××町1丁目2番3号 | | | | |
| 医療機関の名称 | | 国保総合病院 | | | | |
| 医師の氏名 | | 国保 四郎 | | 電話番号 345-678-9012 | | |