

【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ご案内】

申請前にお読みください

●対象者 以下のすべてに該当する人

- 給与等の支払いを受けている国民健康保険の被保険者である
- 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、療養のため就労できなかった
- 3日間連続して仕事を休み、4日目以降にも休んだ日があり、4日目が令和2年1月1日から9月30日までの間に属する
- 上記期間に、給与等の全部又は一部を受けることができなかった

以下の場合には対象となりません

- (例) ■ 新型コロナウイルス感染症に感染したり発熱等の症状はないが、濃厚接触の疑いがあるため出勤を自粛した
- 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
 - 自身が事業主であり、給与等の支払いを受けていない

●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、就労を予定していた日

●支給額

(直近の継続した3か月間の給与収入の合計額 ÷ 就労日数) × 2 / 3 × 支給対象となる日数

※ 給与等の全部又は一部を受け取ることができる場合は、支給額が調整されたり、支給されない場合があります。

※ 1日当たりの支給額は、30,887円を上限とします(令和2年5月現在)。

●適用期間

令和2年1月1日～令和2年9月30日の間で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等は最長1年6か月まで)

●時効

傷病手当金の支給申請ができることとなった日の翌日から2年間

<問い合わせ・申請先>

〒617-8501 長岡京市役所健康福祉部国民健康保険課国保係

電話：955-9511 FAX：951-1929

【 提出書類 確認票 】

して確認し、申請書送付時に同封してください。

1. 書類の準備 … 以下の書類を準備してください。

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支給申請書	
<input type="checkbox"/> 様式第1号 世帯主記入用【必須】	<input type="checkbox"/> 記入・押印漏れはありませんか <input type="checkbox"/> 振込口座は世帯主名義になっていますか
<input type="checkbox"/> 様式第2号 被保険者記入用【必須】	<input type="checkbox"/> 記入漏れはありませんか <input type="checkbox"/> 医療機関を受診していない場合事業主の証明がありますか
<input type="checkbox"/> 様式第3号 事業主記入用【必須】	<input type="checkbox"/> 記入・押印漏れはありませんか
<input type="checkbox"/> 様式第4号 医療機関記入用	<input type="checkbox"/> 医療機関を受診していない場合は不要ですが、その場合は、様式第2号被保険者記入用に事業主の証明が必要です
添付書類	
<input type="checkbox"/> 被保険者証等の写し 世帯主か対象者の場合は①のみ 世帯員が対象者の場合は①と②	<input type="checkbox"/> ①世帯主の被保険者証の写し または顔写真付きの本人確認書類 (運転免許証・パスポート・マイナンバーカード等)の写し <input type="checkbox"/> ②世帯主と対象者が異なる場合は、対象者の被保険者証の写し ※ 既に国保資格を喪失し、被保険者証を返却済みの場合は、顔写真付きの本人確認書類(運転免許証・パスポート・マイナンバーカード等)の写し



2. 提出方法 … 下記に郵送してください。

〒617-8501 長岡京市開田1丁目1番1号 長岡京市役所 国民健康保険課国保係宛