

傷病手当金の申請について

八王子市では新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため、新型コロナウイルス感染症の療養のために国の通知に基づき傷病手当金の支給を行います。申請に際しては、以下の点をご確認いただき、手続きいただきますようお願いいたします。

※支給を受けるためには、申請が必要です。申請を希望する場合は、必ず事前に電話でお問い合わせください。

(1)対象者

八王子市の国民健康保険の被保険者で給与等の支払を受けている方が以下のいずれかに該当し、療養のため労務に服することができなくなった場合に対象となります。

- ・新型コロナウイルス感染症に感染したとき
- ・発熱等の症状があり新型コロナウイルス感染症の感染が疑われるとき

(2)申請等について

申請等の手続きに関して、以下の点にご理解とご協力をお願いします。

- ・申請の際は、事前に必ずお電話で相談ください。
- ・新型コロナウイルス感染症の感染拡大の防止のため、郵送での申請をお願いします。
- ・申請手続きに関するご相談やお問い合わせはお電話でお願いします。

(3)提出書類について

申請には以下の書類の提出が必要です。(記載例等を参考に記載してください。)

- ①国民健康保険傷病手当金支給申請書(世帯主記入用)
- ②国民健康保険傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)
- ③国民健康保険傷病手当金支給申請書(事業主記入用)※3
- ④誓約書兼同意書
- ⑤給与等の支払いが確認できる書類※4

※1 審査のため、追加で書類の提出をお願いする場合があります。

※2 記入の際は消せるボールペンや修正テープ等は使用できません。

※3 事業主記入用の申請書は、事業主に作成を依頼してください。また、新型コロナウイルス感染症のために療養した月を含む直近3ヶ月(6月に療養した場合、4～6月分)の給与及び就労日数の記載が必要です。

※4 新型コロナウイルス感染症のために療養した月を含む直近3ヶ月の給与明細のコピー等給与の支払いを確認できる書類を提出して下さい。

(4)代理人が手続きをする場合等について

- ・代理人の方が手続きをする場合は、委任状を提出してください。
- ・委任状には代理人の本人確認書類の写しを添付してください。

(5)支給額

直近3ヶ月の給与収入の合計額÷就労日数×2/3×労務に服せなかった日数

※1日当たりの支給額(直近3ヶ月の給与収入の合計額÷就労日数×2/3)は30,889円(令和4年(2022年)4月1日現在)が上限となります。

※給与等の全部又は一部を受けることができる場合は、支給対象とならない又は、支給額が減額される場合があります。

(6)支給対象

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かった日。ただし、罹患後症状(いわゆる後遺症)で療養した期間は支給対象とはなりません。

(7)適用期間

令和2年(2020年)1月1日から令和5年(2023年)5月7日の間に発症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かった期間。

ただし、入院が継続する場合は最長1年6月まで。

(8)支給決定等について

申請をいただいてから支給決定まで、1~2か月程度かかります。支給決定した場合には、封書で支給決定通知書が交付されます。交付後、10日程度で支給決定通知書に記載の金額が振り込まれます。

(9)審査のための調査等について

申請内容の確認のため、事前の連絡なく事業主等へ調査及び照会を行う場合があります。

(10)傷病手当金の返還について

支給決定後に支給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、支給した傷病手当金を返還していただきます。

【問合わせ先及び提出先】

〒192-8501

八王子市元本郷町3丁目24番1号

八王子市 健康医療部 保険年金課 給付担当

電話042-620-7235(直通)

記入例

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	24-〇〇-□□□□		世帯主氏名	国保 一郎							
	(フリガナ)	コクホ ジロウ			生年月日	昭和 平成	〇	年	1	月	1	日
	氏名	国保 二郎										
住所	東京都八王子市□□町1丁目2番3号				ゆうちょ銀行の場合は漢数字3文字の支店名を記入してください。							
振込先	金融機関 名称	国保		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	1	2	3	4	5	6	7	
	口座名義(カタカナ)	コ	ク	ホ	シ	ロ	ウ					
上記のとおり申請します。												
令和〇年 8 月 9 日												
住所 東京都八王子市□□町1丁目2番3号				電話番号 042-612-3456								
世帯主氏名 国保 一郎				八王子市長 殿								
口座の情報を修正した場合には、世帯主名の横にも訂正印と同じ印鑑の押印が必要です。 例) 国保 一郎 (訂正印)												
【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。				令和 〇 年 8 月 9 日							
	氏名	国保 一郎		住所	同上							
代理人 (口座名義人)	〒123-4567 東京都八王子市□□町1丁目2番3号	世帯主との関係										
	(フリガナ) コクホ ジロウ	子										
	氏名	国保 二郎		世帯主の方以外の名義の口座へ振り込みを希望する場合には記入が必要です。								
保険者 記入欄	円											

第1号様式の2(第3条関係)

記入例

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	国保 二郎
--------	-------

症状が出た日	令和〇年3月10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	令和 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												
②医療機関の受診日 ※①で「受診していない」と回答した場合、記載不要	令和 〇 年 3 月 10 日												
	令和 年 月 日												
③症状(具体的に)	具体的な経過・症状、検査日、検査結果を記入してください。 例：3月10日に38.2℃の熱と咳があった。 医療機関を受診し、抗体検査の結果陽性だった。 3月15日になっても熱が下がらず、強いだるさあった、等												
④療養のために休んだ期間	令和〇年3月10日から 令和〇年3月26日まで	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。)	10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。	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	(給与等の額:円) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										

※下記の事業主記載欄について、必ず事業主の証明を受けてください。

事業主記入欄	必ず事業主から証明を受けてください。	令和〇年△月9日	
	上記③～⑥の内容については、当事業所において、記載している内容と相違ないことを証明します。		
	事業所所在地	東京都八王子市〇〇町4丁目5番6号	
	事業主氏名	代表取締役 保健 太郎	
担当者氏名	保健 花子	電話番号	042-123-4567

記入例

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。

この申請書は
事業主に作成を依頼してください。

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

令和〇年3月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	×	×	×	×	14	15	
	16	17	18	×	×	×	22	23	×	×	×	27	28	29	30	31

10 日

令和〇年1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

9 日

療養した月を含む直近3ヶ月(3月に療養した場合、1~3月)の勤務状況を記入してください。

週休日等、就労を予定していない日は×印をつけしないで下さい。

賃金が生じた日数の計
(○、△、= の計)

令和〇年2月	1	2	3	4	5	△	⑦	8	9	10	11	⑫	⑬	14	15	
	16	17	18	⑱	⑳	21	22	23	⑳	㉑	26	27	28	29	30	31

8 日

令和〇年3月	①	②	③	4	5	6	⑦	⑧	9	×	×	×	×	14	15	
	16	17	18	×	×	×	22	23	×	×	×	27	28	29	30	31

5 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

週休日等、就労を予定していない日は印をつけしないで下さい。

②の期間に対して、賃金を支払いましたか?	1. はい	2. いいえ	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input checked="" type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他	賃金計算	締日	毎月末	日	
						支払日	1. 当月 2. 翌月	25	日

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。

事業主が証明するところ

区分	期間	単価(円)	1月1日 ~ 1月31日 分		2月1日 ~ 2月28日 分		3月1日 ~ 3月31日 分	
			(A)支給額(円)	(B)支給額(円)	(C)支給額(円)	(C)支給額(円)		
基本給		10000	90000	80000	50000			
時給								
手当								
手当								
手当								
現物給与								
計		10000	90000	80000	50000			
			賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)			220000円		

療養した月を含む直近3ヶ月(3月に療養した場合は1~3月分)の課税支給額を記入してください。
交通費等非課税の手当及び賞与は含みません。

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。

令和 〇 年 △ 月 9 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 東京都八王子市□□町4丁目5番6号

事業所名称 ○○株式会社

事業主氏名 代表取締役 保健 太郎

日中(9:00~17:00)にご連絡の可能な電話番号を記入してください。

担当者氏名 保健 花子

電話番号

042-123-4567

記入例

誓約書兼同意書

令和〇年8月9日

八王子市長 殿

世帯主と対象の被保険者が同じ方の場合も、被保険者と世帯主の両方に氏名を記入してください。

私(被保険者) 国保 二郎 と、世帯主 国保 一郎 は、
八王子市国民健康保険条例及び同施行規則に基づき提出した、国民健康保険傷病手当金支給申請書及び添付書類(以下「申請書類等」という。)の記載内容が事実であることを誓約します。

八王子市の職員及び八王子市が委託した事業者が、申請書類等に記載されている事実(診療行為、療養内容、勤務状況、給与等の支払状況等)を確認するため、申請書類等の提供等によって、医療機関、事業主に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

住所 東京都八王子市〇〇町1丁目2番3号

氏名 国保 二郎

対象の被保険者の方の住所・氏名を記入してください。

※国民健康保険傷病手当金の対象となる被保険者本人が記入をして下さい。

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	24- -	世帯主氏名														
	(フリガナ) 氏名							生年月日	昭和 平成	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。																
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所 電話 番 号</p> <p>世帯主氏名</p> <p style="text-align: right;">八王子市長 殿</p>																	

【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。 令和 年 月 日														
	氏名	住所 同上													
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	令和 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	令和 年 月 日	時 分	
①医療機関の受診状況		1. 受診した 2. 受診していない			
②医療機関の受診日 ※①で「受診していない」と回答した場合、記載不要		令和 年 月 日			
		令和 年 月 日			
		令和 年 月 日			
③症状(期間などを具体的に)					
④療養のために 休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	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。	令和 年 月 日から	(給与等の額:円)			
	令和 年 月 日まで				

※下記の事業主記載欄について、必ず事業主の証明を受けてください。

事業主記入欄	令和 年 月 日				
	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。				
	事業所所在地				
	事業所名称				
事業主氏名					
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(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	
	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										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										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)	
	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										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										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										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										日	
	②の期間に対して、賃金を支払いましたか?	1. はい 2. いいえ	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他	賃金計算	締日 支払日	1. 当月 2. 翌月	日						
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	単価(円)	月 日 ~ 月 日 分	月 日 ~ 月 日 分	月 日 ~ 月 日 分									
	区分		(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													
	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。														
令和 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														
担当者氏名		電話番号												

誓約書兼同意書

令和 年 月 日

八王子市長 殿

私(被保険者)_____と、世帯主_____は、
八王子市国民健康保険条例及び同施行規則に基づき提出した、国民健康保
険傷病手当金支給申請書及び添付書類(以下「申請書類等」という。)の記載
内容が事実であることを誓約します。

八王子市の職員及び八王子市が委託した事業者が、申請書類等に記載さ
れている事実(診療行為、療養内容、勤務状況、給与等の支払状況等)を確認
するため、申請書類等の提供等によって、医療機関、事業主に照会を行い、当
該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

住所 _____

氏名 _____

※国民健康保険傷病手当金の対象となる被保険者本人が記入をして下さい。