

** 申請書記入の際の留意事項 **

国民健康保険傷病手当金支給申請書（世帯主記入用）

記入見本をご参照ください。

世帯主以外の方が受領する場合は、[受取代理人の欄]への記入が必要です。

国民健康保険傷病手当金支給申請書（被保険者記入用）

記入見本をご参照ください。

国民健康保険傷病手当金支給申請書（事業主記入用）

記入見本をご参照ください。

複数の事業所に勤務していた場合は、それぞれの事業主の方に申請書の記入をお願いします。

直近の継続した3月間の給与等の収入のわかる書類（給与明細等）のコピーも提出ください。

複数の事業所に勤務していた場合は、それぞれの給与等の収入がわかる書類が必要となります。

傷病手当金支給決定後に申請書に記載した支給額を超えて事業主の方が、給与等を支給した場合は、傷病手当金との調整が必要となり、返還をお願いすることになります。

国民健康保険傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）

記入見本をご参照ください。

文書料は自己負担になります。

医療機関を受診しないまま体調が改善した場合等、医療機関の証明が得られない場合はご相談ください。

** 支給の可否について **

支給が決定した方については、支給金額を記載した支給決定通知を郵送します。

** 申請方法 **

窓口申請の他、郵送でも申請を受付けます。

荒川区ホームページに申請書のフォーマットを掲載しています。ご活用ください。

荒川区ホームページトップ 暮らし 国民健康保険 国民健康保険の給付

新型コロナウイルス感染症に係る荒川区国民健康保険傷病手当金申請のご案内

** 申請期間 **

傷病手当金の支給申請ができることとなった日から2年間です。

〒116-8501 荒川区荒川2-2-3

荒川区福祉部国保年金課保険給付係

電話 03-3802-4067



新型コロナウイルス感染症に係る

荒川区国民健康保険傷病手当金申請のご案内

** 対象者となる方 **

荒川区国民健康保険に加入している方のうち、次の～全てに該当する方
勤務先から給与等の支払いを受けている。

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た。

の療養のため仕事ができず、給与等の全部又は一部の支払いを受けることができない。

** 対象者とならない方 **

○発熱等の症状はないが、濃厚接触の疑いがあるため、出勤を自粛した方

** 支給対象となる日数 **

療養のために連続して3日間仕事を休んだ後、4日目以降の仕事を休んだ日について、支給されます。

支給期間の上限は、支給開始日から起算して1年6月です。

** 支給額 ** 1日当たりの支給額の計算方法は次のとおりです。

[(直近の継続した3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

1日当たりの支給額の最高額は、日額30,887円です。

** 適用期間 **

令和2年1月1日から令和5年5月7日まで

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た日が適用期間内にあること。

** 申請に必要なもの ** 次の4種類あります。

申請には原則として～全ての提出が必要です。

国民健康保険傷病手当金支給申請書（世帯主記入用）

国民健康保険傷病手当金支給申請書（被保険者記入用）

国民健康保険傷病手当金支給申請書（事業主記入用）

国民健康保険傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）

の（医療機関記入用）は、当面の間、作成を省略することができます。

省略する場合、の（被保険者記入用）に事業主による療養期間の証明と以下のいずれかの証明書等の写しの提出をお願いします。

・「My HER-SYS療養証明書」、保健所が発行する「就業制限等解除通知書」等

これらの書類の発行を受けていない方は、国保年金課保険給付係へご連絡ください。

申請後、記載事項を照会させていただくことがあります。