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が対象となります

- □ 給与等（所得税法第 28 条第 1 項に規定する給与等）の支払いを受けている国民健康保険の被保険者
- □ 新型コロナウイルス感染症に感染したまたは発熱等の症状があり感染が疑われ、療養のために労務に服することができなかった
- □ 上記により労務に服することができなかった期間に、労務に就くことを予定しており、労務に服することができなかったことにより給与等の全部または一部を受けることができなかった

以下の場合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または廃止した
- ■ 自身が事業主であり、給与等の支払いを受けていない
- ■ 後遺症の期間である

●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

※ 給与等の全部また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３月現在）。

●適用期間

令和２年１月１日～令和５年５月７日の間に感染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から２年間

＜問い合わせ・申請先＞
〒132-8501　東京都江戸川区中央１－４－１
江戸川区　健康部　医療保険課　国民健康保険給付係
電話：03-5662-8053（直通）

提出書類等のご案内（この用紙は提出不要です）

申請書類の準備	
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	
□　世帯主記入用（第１面）	□　記入・押印漏れはありませんか □　振込口座は世帯主名義になっていますか
□　被保険者用記入用（第２面）	□　記入漏れはありませんか □　「事業主記入欄」に事業主の証明が必要です
□　事業主記入用（第３面）	□　記入・押印漏れはありませんか
●添付書類	
□　世帯主の本人確認書類の写し （運転免許証・パスポート・マイナンバーカードおもて面・保険証等の写し） □　対象者の保険証の写し（世帯主と対象者が異なる場合） ※ 既に国民健康保険の資格を喪失し、保険証を返却済みの場合は、 運転免許証・マイナンバーカードおもて面等の写し □　振込先の確認できる通帳またはキャッシュカードのコピー	

申請書類の提出・問い合わせ先	
提　出　方　法	以下に郵送してください。（原則、郵送での申請となります。） 〒132-8501　東京都江戸川区中央１－４－１ 江戸川区　健康部　医療保険課　国民健康保険給付係　宛
問い合わせ先	江戸川区　健康部　医療保険課　国民健康保険給付係 電話：03-5662-8053（直通）

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
(世帯主記入用)

被保険者情報	被保険者証記号番号	23ー　　・	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。		

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

住　　所　　〒　　電 話 番 号

(　　)

世帯主氏名

印

江戸川区長　殿

【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　　印　　住所　　同上	
代理人 (口座名義人)	〒　　ー	世帯主との関係
	(フリガナ) 氏 名　　印	

以下には記入しないでください。

保険者記入欄	支給決定額
	円

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
（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		令和　　年　　月　　日 令和　　年　　月　　日 令和　　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）			
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	⑤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
⑥	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	
⑦	⑥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） □□□□□□□

事業主記入欄	令和　　年　　月　　日 上記④～⑦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　　印

担当者氏名		電話番号	（　　）

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

（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給与等計算期間の勤務状況及び給与等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	

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	□ 月給　□ 時間給 □ 日給　□ 歩合給 □ 日給月給　□ その他	賃金計算	締　日	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／区分	単価（円）	月　日～ 月　日分 （A）支給額（円）	月　日～ 月　日分 （B）支給額（円）	月　日～ 月　日分 （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　　印

担当者氏名		電話番号	（　　）