

傷病手当金の申請について（被保険者の方へ）

新型コロナウイルス感染症の感染の拡大防止の観点から、国の要請に基づき、滋賀県後期高齢者医療広域連合において、後期高齢者医療制度被保険者に対する傷病手当金を実施いたします。申請にあたって、以下の点を再度ご確認ください、手続きをいただきますよう、ご理解、ご協力を賜りますようお願いいたします。

（１） 対象者

後期高齢者医療制度の被保険者であって被用者（※）である者のうち、新型コロナウイルス感染症に感染した者、又は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者

※ 被用者とは、労働契約に基づき、事業者等から賃金（給与）を受け取って労働に従事されている方です。

（２） 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

（３） 支給額

直近の継続した3月間の給与収入の合計額を就労日数で除した金額

× 2 / 3 × 支給対象となる日数

※ ただし、1日当たりの支給額について、標準報酬月額等級の最高等級の標準報酬月額の1 / 30に相当する金額の2 / 3に相当する金額（令和2年3月現在、日額30,887円）を超えるときは、その金額）

（４） 適用期間

令和2年1月1日から令和4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健康保険と同様、最長1年6月まで）

※令和4年5月16日付け厚生労働省事務連絡に基づき、適用期間が令和4年6月30日から延長されておりますので、ご注意ください。

(5) 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、必ずお電話で事前に保険年金課までご相談ください。
- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の観点から、原則、郵送で申請をお願いいたします。
- 申請手続きに関するご相談やお問い合わせにつきましてもお電話でお願いいたします。

(6) 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。

- (1) 後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（被保険者記入用1）
- (2) 後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（被保険者記入用2）
- (3) 後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（事業主記入用）
- (4) 後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）
- (5) 振込先金融機関口座情報（通帳のコピー等）
- (6) 申立書・誓約書（被保険者死亡後に相続人が申請する場合のみ）

※ (4) については、医療機関への受診がない場合は提出不要。その場合、(2) 下部に事業主の証明が必要となります。

(7) 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か月かかる可能性があります。ご理解とご協力をお願いします。

(8) 審査のための調査等について

申請内容の確認のため、事業主、医療機関へ調査及び照会を行う場合があります。

(9) 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ご返還していただきます。

<お問い合わせ先>

〒520-8575

大津市御陵町3番1号

大津市健康保険部保険年金課高齢者医療係

TEL: 077-528-2687