

船橋市新型コロナウイルス感染症に感染した被保険者等に係る 傷病手当金支給事務取扱要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、船橋市国民健康保険条例（昭和47年船橋市条例第16号）第29条の2から4の規定により、新型コロナウイルス感染症に感染した被保険者等に傷病手当金を支給する場合に係る傷病手当金支給事務に関し、別に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(申請等)

第2条 傷病手当金の支給を受けようとする世帯主（以下「申請者」という。）は、必要事項を記載した船橋市国民健康保険傷病手当金支給申請書（様式第1から第4号）をもって、市長に申請しなければならない。

2 市長は、国民健康保険被保険者証及び預金通帳等振込先金融機関の口座が確認できるものの提示を求めるものとする。

(支給決定の可否等)

第3条 市長は、前条の規定による申請を受理したときは、その内容を審査し、傷病手当金の支給の可否及び支給額を決定しなければならない。

2 前項の規定により可否及び支給額を決定したときは、船橋市国民健康保険傷病手当金支給可否及び支給額決定通知書（様式第5号）を申請者に対し通知するものとする。

(支払)

第4条 市長は、前条の規定により傷病手当金の支給額を決定したときは、速やかに船橋市予算会計規則（平成26年船橋市規則第59号）の定めるところにより支払うものとする。

(譲渡又は担保の禁止)

第5条 この要綱による傷病手当金の支給を受ける権利は、譲り渡し又は担保に供することができない。

(支給決定等の取り消し等)

第6条 偽りその他不正の手段により、傷病手当金の支給決定を受け又は傷病手当金の支給を受けた者があるときは、市長は傷病手当金の支給決定を取り消し又は支給した傷病手当金を返還させるものとする。

附 則

(施行期日)

この要綱は、令和2年4月10日から施行する。

船橋市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		世帯主氏名		
	(フリガナ) 氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日	
	住所	船橋市			
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。			
申請金額	円				
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所 船橋市 電話番号 ()</p> <p>世帯主氏名 (印)</p> <p style="text-align: right;">船橋市長あて</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	(印)	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	(印)		

保険者 記入欄	支給決定額
	円

船橋市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		記号番号	船
--------	--	------	---

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) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> ※右詰めで記入してください。										

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
	⑨
担当者氏名	電話番号

船橋市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			日		
		16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31					
	令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15			日		
		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			日		
	令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15			日		
	令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15			日		
令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15			日			
②の期間に対して、賃金を支払いましたか?		1. はい	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給	賃金計算	締日	日
		2. いいえ		<input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給		支払日	1. 当月 2. 翌月
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 ~	月 日 ~		
	区分		月 日 分	月 日 分	月 日 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						
	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			

船橋市国民健康保険傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名																															
	傷病名		初診日	令和	年	月	日																									
	発病年月日	令和	年	月	日	発病の原因																										
	労務不能と認められた期間	令和	年	月	日から																											
		令和	年	月	日まで																											
	うち、入院期間	令和	年	月	日から	療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 公費()																								
		令和	年	月	日まで	転帰	<input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 繰越	<input type="checkbox"/> 転医																				
	診療日及び入院していた日を○で囲んでください。	令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療実日数	日											
					16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31												
		令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療実日数	日											
				16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31													
	令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療実日数	日												
				16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31													
上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)																																
				手術年月日	令和	年	月	日																								
				退院年月日	令和	年	月	日																								
症状経過から見て従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見																																
令和 年 月 日																																
上記のとおり相違ありません。																																
医療機関の所在地																																
医療機関の名称																																
医師の氏名																																
⑩ 電話番号																																

様式第5号

船橋市国民健康保険傷病手当金支給可否及び支給額決定通知書

第 号
令和 年 月 日

様

船橋市長 印

令和 年 月 日付けで申請のありました船橋市国民健康保険傷病手当金
について下記のとおり決定しましたので通知いたします。

記

1. 支給する

支給額 支給額 円

2. 支給しない

理由