

事務連絡
令和2年3月24日

都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部） 御中
後期高齢者医療主管課（部）
都道府県後期高齢者医療広域連合事務局

御中

厚生労働省保険局国民健康保険課
厚生労働省保険局高齢者医療課

新型コロナウイルス感染症に感染した被用者等に対する
傷病手当金の支給について

医療保険制度の運営につきましては、平素より格別の御高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

新型コロナウイルス感染症に感染した被用者（発熱等の症状があり感染が疑われる者も含む。以下同じ。）に対する傷病手当金の支給について、下記のとおり御連絡いたしますので、都道府県におかれましては、管内市町村（特別区を含む。以下同じ。）及び国民健康保険組合への周知等のほど、お願い申し上げます。

記

1. 新型コロナウイルス感染症に感染した被用者に対する傷病手当金の支給について、別紙1及び別紙2のとおり、条例参考例及びQ&Aを作成しましたのでお送りします。運用に当たっての参考としていただきますようお願い申し上げます。また、国民健康保険組合においても条例参考例等を傷病手当金の支給に係る規約改正の参考としていただきますようお願い申し上げます。
2. 「新型コロナウイルス感染症に感染した被用者に対する傷病手当金の支給等について」（令和2年3月10日事務連絡）において、新型コロナウイルス感染症に感染した被用者に対する傷病手当金の支給について御検討いただくようお願いしたところですが、都道府県におかれましては、管内各市町村、各国民健康保険組合及び後期高齢者医療広域連合において、意向を確認し、取りまとめた上で、令和2年4月6日（月）までに御報告いただくよう、お願い申し上げます。また、検討中と報告いただいた場合には、意向が固まり次第、改めて報告いただきますようお願いいたします。

条例参考例

(国民健康保険条例又は後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例)

(条例名) (条例番号) の一部を次のように改正する

附則第〇条 (※) の次に次の三条を加える。

(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)

第A条 給与等(所得税法(昭和四十年法律第三十三号)第二十八条第一項に規定する給与等をいい、賞与(健康保険法(大正十一年法律第七十号)第三条第六項に規定する賞与をいう。)を除く。以下同じ。)の支払いを受けている被保険者が療養のため労務に服することができないとき(新型インフルエンザ等対策特別措置法(平成二十四年法律第三十一号)附則第一条の二に規定する新型コロナウイルス感染症に感染したとき又は発熱等の症状があり当該感染症の感染が疑われるときに限る。)は、その労務に服することができなくなった日から起算して三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労務に就くことを予定していた日について、傷病手当金を支給する。

- 2 傷病手当金の額は、一日につき、傷病手当金の支給を始める日の属する月以前の直近の継続した三月間の給与等の収入の額の合計額を就労日数で除した金額(その額に、五円未満の端数があるときは、これを切り捨て、五円以上十円未満の端数があるときは、これを十円に切り上げるものとする。)の三分の二に相当する金額(その金額に、五十銭未満の端数があるときは、これを切り捨て、五十銭以上一円未満の端数があるときは、これを一円に切り上げるものとする。)とする。ただし、健康保険法第四十条第一項に規定する標準報酬月額等級の最高等級の標準報酬月額の三十分の一に相当する金額の三分の二に相当する金額を超えるときは、その金額とする。
- 3 傷病手当金の支給期間は、その支給を始めた日から起算して一年六月を超えないものとする。

(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と給与等との調整)

第B条 新型コロナウイルス感染症に感染した場合又は発熱等の症状があり当該感染症の感染が疑われる場合において給与等の全部又は一部を受けることができる者に対しては、これを受けることができる期間は、傷病手当金を支給しない。ただし、その受けすることができる給与等の額が、前条第二項の規定により算定される額より少ないときは、その差額を支給する。

第C条 前条に規定する者が、新型コロナウイルス感染症に感染した場合において、その受けすることができるはずであった給与等の全部又は一部につき、その全額を受けることができなかったときは傷病手当金の全額、その一部を受けることができなかった場合においてその受けた額が傷病手当金の額より少ないときはその額と傷病手当金との差額を支給する。ただし、同条ただし書の規定により傷病手当金の一部を受けたときは、その額を支給額から控除する。

- 2 前項の規定によりこの市(区、町、村若しくは広域連合又は組合)が支給した金額は、当該被保険者を使用する事業所の事業主から徴収する。

附 則

この条例は、公布の日から施行し、改正後の第A条から第C条までの規定は、傷病手当金の支給を始める日が令和二年一月一日から規則で定める日までの間に属する場合に適用することとする。

※ 附則ではなく、条例本則に追加することも考えられる。

条例参考例
(市町村後期高齢者医療に関する条例)

(条例名) (条例番号) の一部を次のように改正する

第2条第○号の次に次の一号を加える。

- a 広域連合条例第A条の傷病手当金の支給に係る申請書の提出の受付

新型コロナウイルス感染症に感染した被用者に対する傷病手当金の支給
に関するQ&A

Q1 国保等における傷病手当金の位置付け趣旨如何。

A 国保制度及び後期高齢者医療制度は、様々な就業形態の被保険者が加入していることを踏まえ、傷病手当金については、保険者が保険財政上余裕がある場合などに、自主的に条例等を制定して行うことができることとしている。

しかしながら、今般の新型コロナウイルス感染症対策については、国内で感染が拡大しつつあり、その更なる感染拡大をできる限り防止するためには、労働者が感染した場合（発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む。）に休みやすい環境を整備することが重要である。

そのため、今般、国内の感染拡大防止の観点から、保険者に傷病手当金の支給を促すとともに、国が緊急的・特例的な措置として当該支給に要した費用について財政支援を行うこととしたものである。

Q2 新型コロナウイルス感染症等について「労務に服することができない期間」かどうかは、どのように判断すればよいか。

A 今般の新型コロナウイルス感染症の相談・受診の目安として、

- ・風邪の症状や37.5℃以上の発熱が4日以上続いている（解熱剤を飲み続けなければならぬときを含む）
- ・強いだるさ（倦怠感）や息苦しさ（呼吸困難）がある

※高齢者や基礎疾患等のある方は、上の状態が2日程度続く場合のいずれかに該当することが前提条件となる。

その上で、当該者が帰国者・接触者外来を受診した場合には、医療機関において、被保険者が提出する申請書（医療機関記入用）に必要事項を記載いただくことを想定している。

なお、当該者が帰国者・接触者外来を受診しないまま体調が改善した場合等には、被保険者が支給申請書にその旨を記載するとともに、当該申請書の記載内容（休養期間等）を事業主が確認し、事業主で把握している労務不能の期間等の情報と照らして相違がないことを、当該申請書の中で事業主にも証明していただくこと等により、保険者において労務不能と認められる場合には、傷病手当金を支給して差し支えない。

また、結果として新型コロナウイルス感染症に感染していなかった場合についても、取扱いは同様である。

※ 申請書は、傷病手当金支給申請書に①申請書（被保険者記入用）、②申請書（事業主記入用）、③申請書（医療機関記入用）を添付することを想定。

Q3 直近の継続した3月間の給与等の収入の把握方法如何。

A 事業主において、申請書（事業主記入用）に、給与等の支払額を記載していただくことを想定している。なお、直近3か月間において複数の事業所に勤務していた者が、それぞれの事業主での就労ごとに手当を申請する場合には、各事業主において申請書を作成する必要がある。

Q 4 今後適用期間の延長はあり得るのか。

A 今般の国保等における傷病手当金の支給については、本年1月に国内で初めて新型コロナウイルス感染症の感染者が確認されたこと等を踏まえて適用期間を設定しているが、国内の感染状況等を注視していく。

Q 5 申請から給付までの流れ如何。また、申請書のひな形はあるのか。

A 事務フローの例及び申請書のひな形については、それぞれ別添1及び別添2を参照いただきたい。

Q 6 傷病手当金の支給に係る費用について、国の財政支援の詳細如何。

A 以下の対象者、支給要件等に沿って支給された傷病手当金に係る費用については、令和2年度の国保の特別調整交付金又は後期高齢者医療の特別調整交付金により支給額の全額を支援することとしている。条例参考例や事務フロー例についても併せて確認いただきたい。

なお、特別調整交付金の交付基準については、別途お示しすることとしている。

【対象者】

被用者のうち、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感染が疑われる者

【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】

1日当たりの支給額 [= (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

※ 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、その金額とする。

【適用期間】

令和2年1月1日～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）

Q 7 傷病手当金とは異なる名称の給付金とすることは可能か。また、国が定める対象者や支給額を超えて支給を行うことは可能か。

A 給付の名称については、傷病手当金以外の名称とすることは差し支えない。

対象者や支給額について、Q6においてお示しした対象者等を超えたものとすることは差し支えないが、超える部分は国による財政支援の対象とならず、その全額が保険者の負担となることに留意いただきたい。

Q 8 傷病手当金の支給額について、1 就業日当たりの給与収入の額によらず一定額とすることは可能か。

A 傷病手当金は、生計費に充てるため賃金に変わるものとして支給するものであるので、平常の賃金に応じ支給する方法が妥当であるという見地から報酬比例制としており、定額制とすることは望ましくないと考えている。

なお、定額で給付する場合も、当該手当の額が Q 6 でお示しした支給額を上回る被保険者に係る差額分を保険者に負担いただく必要があるため、給与等の額を把握していただくようお願いする。

Q 9 労務に服することができなくなった日とはいつからいつまでか。

A 基本的には、医療機関において労務不能と認められた日付（申請書（医療機関記入用）の「労務不能と認めた期間」）で判断するものとする。ただし、本人が体調不良等により帰国者・接触者外来を受診できなかった場合など個々の事情によっては、事業主による証明や、レセプト情報等をもとに、個別に判定していただきたい。

Q10 条例案における傷病手当金の「支給を始めた（始める）日」とは具体的にいつか。

A 傷病手当金の「支給を始めた（始める）日」とは、労務に服することができなくなった期間のうち、傷病手当金の支給日数の算定根拠となる最初の日を指すものであり、原則として、労務に服することができなくなった日から起算して3日を経過した日を指すものである。

Q11 条例改正はいつまでに行う必要があるのか。

A 傷病手当金の支給を行う保険者においては、可能な限り速やかに条例改正を行っていただくことが望ましいと考えている。令和元年度内に条例改正を行う必要はないが、令和2年1月1日に遡って適用することにより、新型コロナウイルス感染症に感染した者等に対して適切に給付を行っていただきたい。

Q12 傷病手当金の支給申請前に死亡した者について、その相続人からの申請を受け付けることは可能か。

A 1 就業日当たりの給与収入及び労務に服することができない期間等を適切に証明できる場合には、相続人からの申請を受け付けることは差し支えない。

被保険者

① 傷病手当金支給申請書の提出

《留意事項》

- 支給申請書のうち、
 - ・被保険者記入用については、被保険者本人又は代理人の方が記入
 - ・事業主記入用については、被保険者から勤務先担当者に記入を依頼
 - ・医療機関記入用については、被保険者から支給対象者の療養を担当した医療機関に記入を依頼
- 支給申請書の様式については、市区町村窓口を設置する、HPからダウンロードを可能とする、被保険者の求めに応じて郵送するなどの対応を行うこと
- 帰国者・接触者外来を受診することが出来なかった場合、事業所において、申請書の記載内容(休養期間等)を確認の上、証明をもらうこととする。
- 国保については、支給申請者は、その他の給付と同様に「世帯主」とする。そのため、世帯主以外の者が支給を受けるには委任が必要



市区町村

② 傷病手当金支給申請書の受理

《留意事項》

- 支給申請書については以下の点を特に確認すること
 - ・事業主記入用については、勤務状況(直近3か月間の就労日数及び療養ために休んだ期間)直近3か月に支払われた給与
 - ・医療機関記入用については、傷病名や労務不能と認められた期間等
- 直近3か月間において複数の事業所に勤務していた場合には、それぞれの事業主において申請書を作成する必要がある。
- 収入額については、通勤手当等の非課税所得を除いた額を事業主に証明していただくこととなる。



④ 支給されたことを確認

《留意事項》

- 通帳記帳等により支給を確認



③ 支給決定

《留意事項》

- 支給額は、(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いた金額) × 2/3 × (療養のために休んだ日数)により算出すること。
- 支給額、支給日(振込予定日)等を記入した支給決定通知書を支給対象者に対して送付すること

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																																															
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() <small>※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入</small>																																											
	預金別	普通・当座 その他()	口座番号																																													
	口座名義(カタカナ)	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																														
<small>※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。</small>																																																
<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 〇〇市長 国保太郎 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 印	

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)											
③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	④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 令和 年 月 日まで	(給与等の額:円) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記載欄について、事業主の証明が必要です。)

事業主 記入 欄	<p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>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。</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名 ⑦</p>
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。


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		
	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		
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		日										
			<input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> その他			1. 当月	日										
							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 ~	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															

事業主が証明するところ



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() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他																									
			令和 年 月 日まで		転帰		<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 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																								診療 実日数		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																								診療 実日数		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																								診療 実日数		日	
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																								印		電話番号						

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

被 保 険 者 情 報	被保険者番号										
	(フリガナ) 氏名						生年月日	大正 昭和	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() <small>※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入</small>				
	預金別	普通・当座 その他()			口座番号						
	口座名義(カタカナ)										
	<small>※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。</small>										
<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>申請者氏名 </p> <p style="text-align: right;">〇 〇 広域連合長 〇 〇 〇 〇 殿</p>											

【受取代理人の欄】(被保険者以外の方が受領する場合は、記入が必要です。)

被 保 険 者	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
代 理 人 (<small>口座名義人</small>)	〒 -	
	(フリガナ)	
	氏名 	被保険者との関係

保 険 者 記 入 欄	支給決定額
	円

後期高齢者医療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)			
③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	④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 令和 年 月 日まで	(給与等の額:円) □ □ □ □ □ □ □ □	

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記載欄について、事業主の証明が必要です。)

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 ⑦
担当者氏名	電話番号

後期高齢者医療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。

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		
	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		
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		日										
			<input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> その他			1. 当月	日										
							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 ~	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															

事業主が証明するところ

後期高齢者医療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																療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他													
		令和 年 月 日まで															転帰		<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医													
	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() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他													
		令和 年 月 日まで															転帰		<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												
		令和 年 月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	診療実日数	日												
		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													
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職種について労務不能と認められた医学的な所見																																
<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p>医療機関の所在地</p> <p>医療機関の名称</p> <p>医師の氏名</p>																																
																⑩	電話番号															
																令和 年 月 日																