

浜松市国民健康保険傷病手当金支給要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、浜松市国民健康保険条例(昭和34年浜松市条例第25号)附則第4項の規定により、新型コロナウイルス感染症に感染した被保険者等(対象者)に傷病手当金を支給する場合に関し、条例施行規則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国民健康保険傷病手当金支給申請書(様式第1号の1から4)をもって、申請しなければならない。また、誓約書兼同意書(様式第2号)を提出しなければならない。ただし、医療機関を受診していない場合は、様式第1号の4の提出は不要であるが、医療機関を未受診である理由を様式第1号の2の に記入しなければならない。(必要に応じて行動記録票等の提出を求めるものとする。)

2 前項の申請をする場合は、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 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するものとする。

2 前項の規定により可否及び支給額を決定したときは、国民健康保険傷病手当金支給・不支給決定通知書(様式第3号)をもって申請者に対し通知するものとする。

(支払)

第4条 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、速やかに浜松市会計規則(昭和39年浜松市規則第7号)の定めるところにより支給するものとする。

(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、浜松市国民健康保険条例の一部を改正する条例(令和2年浜松市条例第35号)の施行の日から施行する。

様式第1号の1（第2条関係）

国民健康保険傷病手当金支給申請書（世帯主記入用）

被保険者証 記号番号		世帯主 氏名	
対象者	(フリガナ) 氏名	生年月日	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)		
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 浜松市長			

【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	

保険者 記入欄	支給決定額
	円

様式第1号の2（第2条関係）

国民健康保険傷病手当金支給申請書（被保険者記入用）

対象者氏名			
症状が出た日	令和 年 月 日	帰国者・接触相談センターへ相談日 相談した場合に記入	令和 年 月 日 (時頃)
医療機関の受診状況 (で「受診した」と回答した場合)		1. 受診した 2. 受診していない	
医療機関の受診日		令和 年 月 日	令和 年 月 日
令和 年 月 日		令和 年 月 日	令和 年 月 日
(で「受診していない」と回答した場合) 症状(期間などを具体的に)及び未受診の理由			
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	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（発熱時の 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無か った日は除く。	日
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	
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 (給与等の額：円)	
		令和 年 月 日まで	
右詰めで記入してください。			
(上記 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 ~ 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		
事業主氏名			
担当者氏名			電話番号

様式第1号の3(第2条関係)

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	対象者氏名																						
	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								左記の事由による無給休暇の日数														
	令和 年月		日																				
	令和 年月		日																				
	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								賃金が生じた日数の計														
	令和 年月		日																				
	令和 年月		日																				
	令和 年月		日																				
	令和 年月		日																				
	の期間に対して、賃金を支払いましたか?		1.はい 2.いいえ	給与種類	月給 日給	時間給 歩合給 その他	賃金計算	締日	日	支払日			1.当月 日 2.翌月										
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	区	期	単価(円)				月 日 ~ 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。																						
上記のとおり相違ないことを証明します。													令和 年 月 日										
担当者氏名				電話番号																			

様式第1号の4（第2条関係）

国民健康保険傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）

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											療養費用の種類	国保 公費 (自費) その他			
	令和 年 月 日まで											転帰	治癒 中止 繰越 転医			
診療日及び入院した日を○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	診療実日数 日
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	診療実日数 日	
	令和 年 月	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	診療実日数 日
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	診療実日数 日	
	令和 年 月	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											電話番号					

様式第2号(第2条関係)

誓約書兼同意書

令和 年 月 日

浜松市長

私は、浜松市国民健康保険条例及び同施行規則に基づき提出した、傷病手当金支給申請書及び添付書類(以下「申請書類等」という。)の記載内容が事実であることを誓約します。

浜松市が申請書類等に記載されている事実(診療行為、療養内容、勤務状況、給与等の支払い状況等)を確認するため、医療機関、事業主に申請書類等を提供することにより照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

また、その他の書類が必要となる場合に、当該必要書類の提出等に協力することも併せて同意します。

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

傷病手当金の対象となる被保険者本人が記入をしてください。

様式第3号（第3条関係）

浜松市国民健康保険傷病手当金支給・不支給定通知書

第 号
令和 年 月 日

様

浜松市長 印

令和 年 月 日付けで申請のありました浜松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 円 振込年月日 令和 年 月 日

2. 支給しない

理由

《審査請求》

この通知書に記載されている事項について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、静岡県国民健康保険審査会に対して審査請求をすることができます。この場合において市を経由して審査請求をすることができます。

また、審査請求に対する判決を経た場合に限り、当該審査請求に対する判決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、浜松市を被告として（訴訟において浜松市を代表する者は浜松市長となります。）処分の取消しの訴えを提起することができます。ただし、次のいずれかに該当するときは、当該審査請求に対する判決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

(1) 審査請求があった日から起算して3か月を経過しても判決がないとき

(2) 処分、処分の執行又は手続の続行による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき

(3) その他判決を経ないことにつき正当な理由があるとき

なお、上記の期間が経過する前であっても、審査請求にあつてはこの処分があった日の翌日から起算して1年、処分の取消しの訴えにあつては審査請求に対する判決があった日の翌日から起算して1年を経過すると、正当な理由がない限り、審査請求をすること又は処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。