

福県医発第 331 号（地）  
令和 2 年 4 月 28 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会  
会 長 松 田 峻 一 良  
（ 公 印 省 略 ）

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（国民健康保険関係）

国民健康保険及び後期高齢者医療における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が可能とされたことから、現在、各市町村、後期高齢者医療広域連合又は国民健康保険組合において、傷病手当金の支給に係る条例（規約）改正の実施又は検討が行われております。

市町村等の条例（規約）が改正され施行されると、給与等の支払いを受けている国民健康保険の被保険者が新型コロナウイルス感染症に感染した場合（発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む。）には、当該被保険者に対して市町村等から傷病手当金が支給されることとなります。

この傷病手当金の支給に際し、「国民健康保険傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）」が必要となることから、今般、別添のとおり福岡県保健医療介護部医療保険課より、各関係医療機関において当該被保険者から申請書が提出された場合の記入について協力依頼が参りました。

つきましては、貴会におかれましても本件に関しご了解いただくとともに、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、本件について、県内の帰国者・接触者外来医療機関等 106 の関係医療機関に対しましては、別紙のとおり同課より直接通知されておりますことを申し添えます。

公益社団法人福岡県医師会長 殿

福岡県保健医療介護部長  
(医療保険課国保運営係)

**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（国民健康保険関係）（依頼）**

本県の保健医療介護行政の推進につきましては、平素から格別のご協力をいただきありがとうございます。  
ございます。

さて、国民健康保険及び後期高齢者医療においては、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が可能とされたことから、現在、市町村、後期高齢者医療広域連合又は国民健康保険組合において、傷病手当金の支給に係る条例（規約）改正の実施又は検討をしております。

市町村等の条例（規約）が改正され、施行されたときは、給与等の支払いを受けている国民健康保険の被保険者が新型コロナウイルス感染症に感染した場合（発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む。）に、当該被保険者に対して、市町村等から傷病手当金が支給されることとなります。

この傷病手当金の支給に際し、「国民健康保険傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）」が必要となることから、各帰国者・接触者外来医療機関、各感染症指定医療機関及び各入院協力医療機関に対して、別紙のとおり周知をしているところですが、その他の医療機関についても周知する必要があるため、各郡市医師会を通じて関係医療機関に周知していただきますようお願い申し上げます。

○添付書類

- ・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（国民健康保険関係）（帰国者・接触者外来医療機関等通知文）
- ・国民健康保険傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）
- ・国民健康保険傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）記入例
- ・事務フロー（例）

※ 申請書等は厚生労働省事務連絡の添付書類であり、市町村によっては申請書が異なる場合がありますので、ご了承ください。

福岡県保健医療介護部  
医療保険課国保運営係：藤岡、柴田  
TEL：092-643-3308 FAX：092-643-3303

2 医保第 2 4 1 号  
令和 2 年 4 月 2 4 日

各帰国者・接触者外来医療機関の長  
各感染症指定医療機関の長  
各入院協力医療機関の長 } 殿

福岡県保健医療介護部医療保険課長  
( 国 保 運 営 係 )

### 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（国民健康保険関係）

本県の保健医療介護行政の推進につきましては、平素から格別のご協力をいただきありがとうございます。

さて、国民健康保険及び後期高齢者医療においては、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が可能とされたことから、現在、市町村、後期高齢者医療広域連合又は国民健康保険組合において、傷病手当金の支給に係る条例（規約）改正の実施又は検討が行われているところです。

市町村等の条例（規約）が改正され、施行されたときは、給与等の支払いを受けている国民健康保険の被保険者が新型コロナウイルス感染症に感染した場合（発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む。）に、当該被保険者に対して、市町村等から傷病手当金が支給されることとなります。

この傷病手当金の支給に際し、「国民健康保険傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）」が必要となりますので、各帰国者・接触者外来医療機関、各感染症指定医療機関及び各入院協力医療機関におかれましては、当該被保険者から申請書が提出された場合には、申請書のご記入にご協力いただきますようお願いいたします。

なお、公益社団法人福岡県医師会にはお知らせしておりますので、申し添えます。

#### ○添付書類

- ・国民健康保険傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）
- ・国民健康保険傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）記入例
- ・事務フロー（例）


※ いずれも厚生労働省事務連絡の添付書類であり、市町村によっては申請書様式が異なる場合がありますので、ご了承ください。

福岡県保健医療介護部  
医療保険課国保運営係：藤岡、柴田  
TEL：092-643-3308 FAX：092-643-3303

# 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		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td rowspan="2">診療 実日数</td><td rowspan="2">日</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table>																								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
			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		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td rowspan="2">診療 実日数</td><td rowspan="2">日</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table>																								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			
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		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td rowspan="2">診療 実日数</td><td rowspan="2">日</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table>																								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			
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																																																																	

# 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		国保 二郎													
	傷病名		新型コロナウイルス感染症による呼吸器疾患(肺炎)					初診日		令和 2 年 3 月 13 日						
	発病年月日		令和 2 年 3 月 10 日													
	労務不能と認められた期間		令和 3 年 3 月 10 日から					発病の原因		不詳						
			令和 3 年 3 月 31 日まで													
	うち、入院期間		令和 3 年 3 月 10 日から					療養費用の種別		<input type="checkbox"/> 国保 <input checked="" type="checkbox"/> 公費(感染症) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他						
			令和 3 年 3 月 31 日まで					転帰		<input checked="" 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 2 年 3 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 (10) (31)										診療実日数 22 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)																
新型コロナ感染症の感染の疑いのため、3/10初診。検査の結果陽性であり、肺炎の症状がみられたため同日から入院。2週間程度で症状の改善が見られ、3/31に実施した検査において陰性となったため退院。						手術年月日		令和 年 月 日								
						退院年月日		令和 2 年 3 月 31 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																
肺炎の症状の改善後も感染拡大防止の観点から、検査が陰性となるまでは入院が必要であったため、入院期間は労務不能と判断した。																
令和 2 年 4 月 10 日																
上記のとおり相違ありません。																
医療機関の所在地		△△県◇◇市××町1丁目2番3号														
医療機関の名称		国保総合病院														
医師の氏名		国保 二郎						電話番号 345-678-9012								

# 事務フロー（例）

## 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、証明をもらうことで足りることとする。
- 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のために休んだ期間）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した金額）× 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