

新型コロナウイルス感染症に係る「特別傷病手当金」の支給について

当組合の組合員であって、新型コロナウイルス感染症に感染または感染の疑いのため勤務することが出来ず、休暇期間における給与の全額、または一部を受け取ることが出来ない場合に組合から支払われます。

対象者（次の3つの要件を満たしていることが必要）

- 1、新型コロナウイルス感染症に感染（疑いを含む）したことにより、就業が出来ない組合員（給与の支払いを受けている者の限る）。
- 2、発熱等の症状のため、勤務予定日を最初に休んだ日を起算日として4日以上休んでいること。
- 3、休暇期間中における給与の支払いが無い、又は減額となったこと。

支給額

- ・(直近3カ月間の給与収入合計額÷就労日数) × 2/3 × 支給対象日数
- ・支給対象日数は起算日から連続して休んだ4日目から労務に服することが出来ない日数となります。
- ・起算日とは勤務予定日を最初に休んだ日が起算日となります。
- ・有給休暇を使用して休んだ場合は対象外となりますが、給与が減額となった場合については、その差額を支給いたします。

申請方法

次の書類を提出して下さい。

- ・「特別傷病手当金支給申請書」申請者記入
- ・「特別傷病手当金貸金証明書」事業主記入
- ・「特別傷病手当金意見書」医療機関記入

※1、自宅待機等、医療機関を受診せずに回復した場合については、医療機関証明の「特別傷病手当金意見書」は不要となります。

※2、申請に必要な書類がある場合には、組合事務局までお問い合わせください。

※3、入院することにより「傷病手当金」と「特別傷病手当金」が該当する場合には「傷病手当金」を支給いたしません。

支給決定金額	百万	千万	万	千	百	十	円	理事長	副理事長	専務理事	事務長	次長	課長	係

特別傷病手当金支給申請書(申請人記入用)

被保険者証記号番号				組合員氏名					
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	
病気療養のため休業した期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		左期間のうち、勤務出来なかった日数 [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のない日を除く]				日	
上記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。(○をして下さい)				1、はい				2、いいえ	
上記「はい」と回答した場合、支払われた給与等の額と対象となった(なる)期間をご記入下さい				令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		給与等の額 _____ 円			
備考									
申請人記入欄	上記のとおり必要書類を添えて申請します。 令和 年 月 日 千 自宅住所 _____ 電話番号 _____ 申請人(組合員) 氏名 _____ ㊟								
	事業主記入欄 関東信越税理士国民健康保険組合理事長 様 上記内容について、当事務所において把握している内容に相違ございません。 令和 年 月 日 千 事務所所在地 _____ 電話番号 _____ 事務所名称 _____ 税理士(事業主) 氏名 _____ ㊟								
振込先	振込先金融機関名			支店名			店		
	口座番号			普通 番号【右ヅメでご記入ください】 当座 貯蓄			フリガナ 口座名義人		

■注意事項

- ・ 申請人氏名と振込先金融機関の口座名義人は同一として下さい。

■添付書類について

- ・ 特別傷病手当金賃金証明書(事業主記入用)
- ・ 特別傷病手当金意見書(医療機関記入用)

※ 組合員が死亡し、相続人が申請をする場合、備考欄に続柄を明記し、申請人欄は相続人の住所、氏名、振込先金融機関をご記入のうえ、上記に加えて組合員との続柄が確認できるもの(戸籍や葬儀の会葬礼状)の写しを添付して下さい。

【注意事項】

1、対象者(次の3つの要件を満たしていることが必要)

- ・ 新型コロナウイルス感染症に感染(疑いを含む)したことにより、就業が出来ない組合員(給与の支払いを受けている者の限る)。
- ・ 発熱等の症状のため、勤務予定日を最初に休んだ日を起算日として4日以上休んでいること。
- ・ 休暇期間中における給与の支払いが無い、又は減額となったこと。

2、支給額

- ・ (直近3カ月間の給与収入合計額÷就労日数) × 2/3 × 支給対象日数
- ・ 支給対象日数は起算日から連続して休んだ4日目から勤務に服することが出来ない日数となります。
- ・ 起算日とは勤務予定日を最初に休んだ日が起算日となります。
- ・ 有給休暇を使用して休んだ場合は対象外となりますが、給与が減額となった場合については、その差額を支給いたします。

3、提出書類

- ・ 「特別傷病手当金支給申請書」申請者記入
- ・ 「特別傷病手当金賃金証明書」事業主記入
- ・ 「特別傷病手当金意見書」医療機関記入

※ 自宅待機等、医療機関を受診せずに回復した場合については、医療機関証明の「特別傷病手当金意見書」は不要となります。

4、対象となる組合員が死亡したとき

※ 新型コロナウイルスに罹患してから死亡された日までが、支給の対象となります。申請者につきましては、相続人が申請者となります。相続人が当組合の被保険者でない場合につきましては、組合員との関係が確認できる書類を別途提出していただきます。

特別傷病手当金賃金証明書(事業主・代表者記入用)

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。

組合員氏名																		
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	給与等の種類		<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		日						
				<input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> その他			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。																		
事業主証明欄 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																	
	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								
事務所所在地 〒																		
事務所名称																		
税理士(事業主・代表者)氏名										Ⓜ								
担当者氏名				電話番号				()										

特別傷病手当金意見書(医療機関記入用)

医療機関担当者の意見欄	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		<table 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 colspan="2">診療実日数</td><td>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><td colspan="2"></td><td></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 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 colspan="2">診療実日数</td><td>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><td colspan="2"></td><td></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 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 colspan="2">診療実日数</td><td>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><td colspan="2"></td><td></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」等の詳細																																																																				
																										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																																																																				
上記のとおり相違ありません。																										令和 年 月 日																																										
医療機関所在地																										〒																																										
医療機関名称																																																																				
医師の氏名																										⑩ 電話番号 ()																																										