

○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岡山県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療傷病手当金規則

令和2年4月15日  
広域連合規則第4号

(趣旨)

第1条 この規則は、岡山県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例（平成19年広域連合条例第33号。以下「条例」という。）附則第5条から第7条まで定めがあるもののほか、岡山県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例の一部を改正する条例(令和2年広域連合条例第4号。以下「改正条例」という。)附則の規定について、必要な事項を定めるものとする。

(傷病手当金の支給の申請)

第2条 条例附則第5条第1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に係る傷病手当金（以下「傷病手当金」という。）の支給を受けようとする者は、次の各号に掲げる様式を広域連合長に提出しなければならない。

- (1) 後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（被保険者記入用①）（様式第1号）
- (2) 後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（被保険者記入用②）（様式第2号）
- (3) 後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（事業主記入用）（様式第3号）
- (4) 後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）（様式第4号）

(改正条例附則の規則で定める傷病手当金の支給を始める日)

第3条 改正条例附則の規則で定める日は、令和3年6月30日とする。

附 則

この規則は、公布の日から施行し、第2条の規定は、傷病手当金の支給を始める日が令和2年1月1日から第3条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（令和2年9月1日広域連合規則第7号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和2年12月15日広域連合規則第8号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和3年3月26日広域連合規則第2号）

この規則は、公布の日から施行する。

様式第1号（第2条関係）

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（被保険者記入用①）

被 保 険 者 情 報	被保険者番号																																								
	氏名							生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日																													
振 込 先	金融機関 名称	銀行・信用金庫 信用組合・協同組合 ( )						本店・支店 ( )																																	
	預金種別	普通・当座 ( )		口座番号 左詰記載して下さい				※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入																																	
	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> </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> </tr> </table>																																							
※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。																																									
<p>上記のとおり関係書類を添えて後期高齢者医療の傷病手当金の支給を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>岡山県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>申請者 (被保険者) 住所 _____</p> <p>氏名 _____ 印 _____</p> <p>電話番号 _____</p> <p>※申請者と口座名義人が同じ場合、押印は省略できます。</p>																																									
【委任状】 ※申請者と口座名義人が異なる場合にご記入ください。																																									
申請者 (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																																								
	住所	_____																																							
	氏名	_____ 印 _____																																							
代理人 (口座名義人)	住所	_____																																							
	氏名	_____ 印 _____																																							
	被保険者との続柄																																								

様式第2号（第2条関係）

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（被保険者記入用②）

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）							
④療養のために 休んだ期間	令和 年 月 日から	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	
	令和 年 月 日まで						
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	(給与等の額：円)			
			令和 年 月 日まで				
(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							
_____							
担当者氏名				電話番号			

様式第3号（第2条関係）

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給与等計算期間の勤務状況及び給与等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。												給与等が生じた日数の計 （○、△、＝ 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、給与等を支払いましたか？		1. はい	給与の種類		<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 時間給	給与計算		締日		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給与等支給状況をご記入ください。ただし、賞与（期末勤勉手当）は除く。																				
事業主が証明するところ 支給した給与等内訳	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																				
			給与等支給総額（上記 (A) ～ (C) の合計）									円								
給与等計算方法（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																				
事業所所在地																				
事業所名称																				
事業主氏名																				
担当者氏名				電話番号																

様式第4号（第2条関係）

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																	
	労務不能と認められた期間	令和	年	月	日から	発病の原因																
		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"/> 後期	<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																						
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										電話番号												
_____										_____												

