

《傷病見舞金の支給要件等》

支給を受ける条件

次の条件を満たした場合は、傷病見舞金が支給されます。

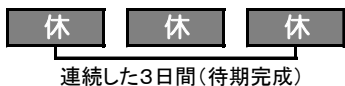
1 新型コロナウイルス感染症に感染した者、及び発熱等の症状があり感染が疑われる者であること
自身が労務不能と認められることが必要です。
事業所内で感染者が発生したことにより事業所全体が休業した場合や、家族が感染し濃厚接触者になった等の理由により休業した場合は対象外です。

2 被用者に該当しない第1種組合員であること
個人事業所事業主の第1種組合員

3 3日間連続して仕事を休み、4日目以降にも休んだ日があること
3日間連続して休んだことを『待期完成』と言います。
なお、待期完成に要した3日間に対しては傷病見舞金は支給されません。

【待期完成の考え方】 ※凡例 休:休暇 公:土日祝や定休日等の事業所で定められた休暇 出:出勤

例1) 3日間連続して仕事を休んだ場合
○: 待期完成



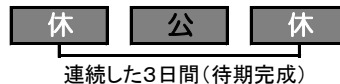
例2) 3日間連続して仕事を休んでいない場合
×: 待期未完成



例3) 出勤を挟み、その後3日間連続して仕事を休んだ場合
○: 待期完成



例4) 公休日を含んで3日間連続して仕事を休んだ場合
○: 待期完成



適用期間と支給額

1 適用期間及び支給対象日
令和2年1月1日から療養のため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。
(90日を限度とする。)

2 支給額

日額：15,000円

× 支給対象となる日数

= 支給額

決 裁	常務理事	常務理事	事務局長	課長	係
	令和 年 月 日決定				

国民健康保険 傷病見舞金 支給申請書

組合員記入用 A

支給要件 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で、被用者に該当しない第1種組合員

組合員 情報	被保険者証	記号	番号
	(フリガナ)	生年月日	
	氏名	昭和 平成	年 月 日

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 ※ ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入
	預金種別	普通・当座	口座番号
	口座名義 (カタカナ)	右づめでご記入ください。	

口座名義区分
<input type="checkbox"/> 1. 組合員
<input type="checkbox"/> 2. 代理人

上記のとおり申請します。
令和 年 月 日

組合員	〒
	住所
	氏名
	電話番号

東京都医師国民健康保険組合理事長 殿

※2の場合は必ず記入してください。
※代理人は家族(親族含む)に限ります。

受取 代理人 の欄	組合員	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 「上記申請」の住所と同じ
	代理人 (口座名義人)	〒
	住所	組合員との 関係
	氏名	
	電話番号	

保険者 記入欄	支給決定額
	円

執行印

受付印

国民健康保険 傷病見舞金 支給申請書

組合員記入用 B

組合員氏名	
-------	--

組合員記入欄	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												
	② 医療機関の受診日 (①で「受診した」と回答した場合)	令和 年 月 日														
		令和 年 月 日														
		令和 年 月 日														
	③ 症状(期間などを具体的に) (①で「受診していない」と回答した場合)															
	④ 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)の療養のために休んだ期間	令和 年 月 日	日間													
		令和 年 月 日														
	⑤ 上記④の期間のうち、【勤務予定日は○】【休暇や勤務予定がなかった日は×】をそれぞれ表示してください。															
	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
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
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
上記のとおり相違ありません。				令和 年 月 日												
組合員氏名																

国民健康保険 傷病見舞金 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"/> 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													
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												
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													
症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的所見																																
<p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <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>医療機関の電話番号</p> <p>医師の氏名</p>																																