

新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金の支給について

当組合の被保険者で、次の支給要件に該当される方は申請により傷病手当金が支給されます。

【支給要件】

1. 対象者	<p>○次の条件をすべて満たす被保険者</p> <p>(1) 給与等の支払いを受けている方。</p> <p>(2) 新型コロナウイルス感染症に感染、または発熱等の症状があり当該感染症の感染が疑われ労務に服することができなくなった方。</p> <p>(3) 3日連続して仕事を休み、4日目以降も休んだ日がある方。</p> <p>(4) 給与等の全部、または一部の支払いを受けることができない方。</p>
2. 対象日数	労務に服することができなくなった日から起算して3日を経過した日から、労務に服することができない期間のうち労務に就くことを予定していた日数。
3. 支給額	<p>1日当たりの支給額</p> <p>直近の継続した3月間の給与等収入の合計額 ÷ 労務日数 × 2 / 3</p> <p>※上記の計算にあたり、標準報酬月額等級の最高等級の標準報酬月額の1/30に相当する金額の2/3に相当する金額（日額30,887円 令和2年10月現在）を超えるときは、その金額とする。また、給与等の一部が支払われる場合はその受けることができる給与等の額が支給額より少ないときは、差額を支給する。</p>
4. 適用期間	令和2年1月1日から同年12月31日の間で療養のために労務に服することができない期間。ただし、入院が継続する場合等は最長1年6月までとする。

支給要件に該当される方は、申請に必要な書類等を送付いたしますので、北海道医師国保組合までご連絡ください。

北海道医師国民健康保険組合

電話：011-271-7471