

傷病手当金支給申請について

※ホームページの記入例も参考のうえ
申請書を作成してください。

1 申請方法

様式①～⑤の申請書等をご記入のうえ、国民健康保険課窓口へ提出もしくは郵送により申請してください。

【様式】※山形市ホームページよりダウンロードすることができます。

- ① 傷病手当金支給申請書(世帯主記入用)
- ② 傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)
- ③ 傷病手当金支給申請書(事業主記入用) ※勤務先に作成を依頼してください。
- ④ 傷病手当金支給申請書(医療機関記入用) ※受診した医療機関に作成を依頼してください。
- ⑤ 誓約書兼同意書

【その他来庁の際の持ち物】

世帯主の認印、保険証、世帯主名義の口座のわかるもの(通帳)、申請される方の本人確認書類(免許証)

2 記入上の注意

- ・ 様式③に記載いただく勤務状況や賃金内訳の対象月(直近3か月分)は、**支給日の属する月を含めて**ご記入ください。また、賃金内訳は、締日に関わらず必ず**1日(月初)～末日の期間**で記入してください。

〔例〕 9/20から9/27まで療養のために休んだ場合⇒7月、8月、9月の勤務状況について記載。
賃金内訳⇒7/1～7/31、8/1～8/31、9/1～9/30の期間について記入。
※月をまたいで休んだ等、支給日の属する月が不明な場合はお問合せください。〕

- ・ 様式②・③・④中、担当者氏名及び電話番号は必ず記入してください。
- ・ 様式④について、厚生労働省が定める解除基準以内の療養期間であった場合、医療機関からの証明に代えて、保健所が発行する「**就労制限通知書**」等、発病日や陽性日がわかる書類で代用可能とします。解除基準を超える療養期間の場合や証明できる書類の添付が困難な場合はお問い合わせください。
- ・ 医療機関が「**労務不能と認めた期間**」もしくは、厚生労働省が定める解除基準に基づく期間が対象となります。濃厚接触のため休んだ期間や事業所都合、解除基準を超え後遺症の療養のため休んだ期間は対象になりません。

3 適用期間

支給基準日(お仕事を休まれてから4日目)の翌日より**2年以内**にお手続きください。

4 支給額

(直近の継続した3か月間の給与収入の合計額 ÷ 就労日数) × 2/3 × 支給対象日数

※1日あたりの支給額には上限があります。支給対象は4日目以降の休業日からとなります。

5 その他

- ・ 申請をいただいた後、書類審査の結果により支給決定もしくは不支給決定をいたします。
- ・ 就労状況等確認のため、シフト表や給与明細等の追加提出を求める場合があります。
- ・ 証明内容確認のため、事業主や医療機関等に電話照会等、事実確認を行う場合があります。
- ・ 申請内容に不備等があった場合、修正のうえ再提出をお願いする場合があります。
- ・ 支給決定後に支給要件に該当しないことが判明した等の場合、傷病手当金を返還していただきます。

☎ お問い合わせ・提出先 ～申請前にお電話でお問合せください～

〒990-8540 山形市旅籠町二丁目3番25号 (受付窓口 庁舎1階7番窓口)

山形市国民健康保険課国保医療係 TEL023-641-1212(内線357・358)