

後期高齢者医療保険 傷病手当金について

(1) 傷病手当金の制度

- 後期高齢者医療保険の被保険者の方で、新型コロナウイルス感染症に感染または感染が疑われる症状がある場合において、労務に服することができず、給与等の全部または一部を受けることができない場合、傷病手当金を支給します。

(2) 対象者（以下の①～④をすべて満たす方）

① 後期高齢者医療保険に加入している。
② 新型コロナウイルス感染症に感染 または 感染が疑われる症状（※）がある。 ※ 結果として感染していなかった場合も含む。
③ ②の療養のため、労務に服することができない期間がある。
④ ③の期間中、給与等の全部または一部が支給されない。

(3) 支給対象となる日数

- 労務に服することができなくなった日から起算し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就労を予定していた日数。

(4) 支給額

$\text{支給額} = \text{1日当たりの支給額（※）} \times \text{支給対象となる日数}$
$\text{（※）} = \text{直近3月間の給与収入額} \div \text{直近3月間の就労日数} \times 2/3$

（※なお1日当たりの支給額には上限があります。）

(5) 適用期間

- 令和2年1月1日～令和5年5月7日の間で、療養のため労務に服することができない期間。（※入院が継続する場合等は最長1年6月まで。）

(6) 申請方法

- お住まいの市町村の後期高齢医療担当部署まで、事前にお電話等でご相談ください。

< 裏面もご参照ください >

後期高齢者医療保険 傷病手当金について

(7) 申請書

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書① (被保険者記入用)	● <u>申請者</u> が作成する書類です。
後期高齢者医療傷病手当金支給申請書② (被保険者記入用)	● <u>申請者</u> が作成する書類です。
後期高齢者医療傷病手当金支給申請書③ (事業主記入用)	● 申請者から <u>事業主</u> に記入を依頼してください。
後期高齢者医療傷病手当金支給申請書④ (医療機関記入用)	● 申請者から <u>医療機関</u> に記入を依頼してください。

- 上記の申請書(①～④：合計4枚)を作成して頂き、お住まいの市町村の後期高齢医療担当部署までご提出ください。
- 申請には勤務先の事業主や医療機関からの証明等が必要になります。ご提出前に、記入漏れや押印漏れがないかご確認をお願いします。
- 申請内容に応じて他の書類が必要となる場合があります。また、申請内容について、関係機関(事業所、労働基準監督署等)に照会させていただく場合もあります。

(8) 注意事項

- 新型コロナウイルス感染症に感染し、労働者災害補償保険(労災保険)の休業補償等を申請している場合は、傷病手当金を受給できない場合があります。
- 支給が決定となりましたら、決定通知書を郵送いたします。

(9) 問い合わせ先

秋田市市民生活部 後期高齢医療課
〒010-8560 秋田市山王一丁目1番1号
【電話】018-888-5638

秋田県後期高齢者医療広域連合 業務課
〒010-0951 秋田市山王四丁目2番3号 秋田県市町村会館1階
【電話】018-853-7155 【FAX】018-838-0611