

令和2年5月22日

事業主組合員 各位

新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金の申請について(ご案内)

当組合の運営につきましては、日頃からご理解ご協力をいただき厚く御礼申し上げます。

当組合に加入している組合員(第4種組合員除く。)が、新型コロナウイルス感染症に感染または感染疑いにより労務に就けず、給与等の支払いを十分に受けられなかった場合、申請により傷病手当金を支給します。該当する方がいる場合は申請書を送付しますので、組合までご連絡ください。

【対象者】

次の4つの条件をすべて満たす方が対象です。

1. 当組合に加入している組合員(第4種組合員を除く。)で、給与等の支払いを受けている者。
2. 新型コロナウイルス感染症に感染し、または発熱等の症状があり感染が疑われることにより、療養のため労務に就くことができなくなったこと。
3. 2によって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り、4日目が令和2年1月1日から9月30日までの間に属すること。
4. 給与等の支払いを受けられない、または一部減額されて支払われていること。

【支給対象期間】

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その労務に服することができない期間のうち、労務を予定していた日

【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×日数

(注1)ただし、給与等が一部減額されて支払われている場合や、休業補償等を受けることができる場合は、支給額が減額されたり支給されないことがあります。

(注2)支給額には上限があります。

【申請方法】

申請書類を送付しますので、組合までご連絡ください。

* 申請書類には必要事項の記入のほか、事業主および医療機関による証明が必要となります。

注)以下の場合は傷病手当金の支給対象外となります。

- ・新型コロナウイルスの感染症状はないが、自主的に自宅待機をした。
- ・事業主から出勤抑制等の理由により自宅待機を命じられた。
- ・事業所が休止した。
- ・事業主で給与等の支払いを受けていない。
- ・労災保険の休業補償給付等を受けた(または受ける予定)。

神奈川県薬剤師国民健康保険組合
TEL 045-761-3245