

長野市国民健康保険の傷病手当金について

1 対象者

次の条件をすべて満たす方が対象です。

- (1) 療養期間中、長野市国民健康保険に加入していること
- (2) 事業主から雇用されており、給与の支払いを受けていること
※事業所得のみ、年金収入のみ等の方は対象外です。
- (3) 新型コロナウイルス感染症(感染疑いを含む)の療養のため仕事を休み、休んだ期間が4日以上であること(公休日を含む)
- (4) 療養期間中、勤務先からの給与が減額または無給であること
※給与が減額された場合は、減額された額が傷病手当金算出額より少ないときに、その差額が支給対象となります。
- (5) 療養期間中、休業手当又は他の制度などから給付を受けていないこと

2 支給額

計算式は以下のとおりです。

$$(直近の継続した3か月間の給与収入の合計額 \div 就労日数) \times 3分の2 \times 支給対象日数$$

■ 計算上の注意 ■

- 発熱等の症状のために「勤務予定がある仕事を休んだ日」の初日を起算日とし、起算日を含めて3日経過した後（4日目以降）の「勤務予定があり仕事を休んだ日」が算定対象となります（起算日から3日の間は、起算日以外が公休日でも可）。
- 起算日から数えて連続した3日間（待機期間）は、有給・無給を問いません。
- 算定対象日について、公休日又は有給休暇により休んだ日は対象になりません。
ただし、支給対象日に給与等が支払われている場合でも、その金額が傷病手当金算出額より少ないときは差額が支給対象となります。
- 1日当たりの支給額には上限があります。

3 対象期間

令和2年1月1日から令和5年5月7日までの間に感染または感染が疑われる状態となり、労務に服することができない期間

※2年を経過すると時効により消滅しますので、2年以内に申請してください。

4 申請方法

該当する方は、下記連絡先に電話でお問い合わせください。

郵送等で申請書をお送りしますので、ご記入の上、下記連絡先へ申請書等を郵送してください。

5 提出書類

(1) 国民健康保険傷病手当金支給申請書(世帯主記入用)

(2) 国民健康保険傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

※事業主記入欄がありますので、事業主に記入を依頼してください。

(3) 国民健康保険傷病手当金支給申請書(事業主記入用)

※事業主に記入を依頼してください。

(4) 預金通帳等のコピー

※当該傷病手当金の振込先の口座番号、口座名義（カタカナ）等の記載が分かるもののコピーを上記申請書等に添付してください。

※ご不明な点などありましたら、下記連絡先へお問い合わせください。

■ 連絡先 ■

〒380-8512 長野市大字鶴賀緑町 1613 番地

長野市 保健福祉部 国保・高齢者医療課 給付担当

電話：026-224-7225