|  |
| --- |
| **新型コロナウイルス感染症に関する傷病手当金の支給について** |

新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から、国民健康保険における傷病手当金を支給します。

|  |  |
| --- | --- |
| 支給概要 | |
| 対象者（全ての条件をみたす方） | |
| ・古河市国民健康保険加入者のうち、給与収入を受けている方  ・新型コロナウイルス感染症に感染したとき又は発熱等の症状があり当該感染症の感染が疑われるとき  ・上記により４日以上仕事を休んでいること  ・給与の支払いがないこと  （ただし、給与が一部支給されている場合は、傷病手当金から給与支給分を減額して支給します。） | |
| 支給要件（支給対象日） | |
| ・労務に服することができなくなった日から起算して３日を経過した日以後の期間のうち、労務に就くことを予定していた日  ・支給期間は最長１年６ヵ月 | |
| 支給額 | |
| １日当たりの支給額（直近の継続した３ヵ月間の給与収入の合計額 ÷ 就労日数×２／３）× 支給対象日数  ※１日当たりの支給額には上限があります。 | |
| 対象期間 | **令和2年1月1日～令和5年5月7日**  **◎令和5年5月7日までに感染した分が対象です。** |
| 申請期限 | 労務不能であった日ごとにその翌日から起算して**２年間** |

|  |
| --- |
| 申請方法 |
| 受付窓口　　※郵送申請可、随時受け付けます |
| ・古河庁舎　国保年金課　　　　　・総和庁舎　市民総合窓口課　　　　　・三和庁舎　市民総合窓口室 |
| 提出書類　~~（４つ全て）~~ |
| 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）  ③国民健康保険傷病手当金支給申請書（事業主記入用）  ~~④国民健康保険傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）~~  ※令和４年８月９日申請分より当面の間、医療機関記入用は不要ですが、口頭にて受診医療機関の確認をさせていただきます。また、申請内容によっては上記の書類以外に追加で提出を依頼する場合があります。 |

|  |
| --- |
| 問合せ・郵送先 |
| 〒306-8601　茨城県古河市長谷町38番18号  古河市役所　国保年金課　　TEL0280-22-5111（代表） |