

国民健康保険傷病手当金申請確認書

以下の項目を確認していただき、該当する場合は□にチェック☑を記入してください。

- 私自身が、新型コロナウイルス感染症に感染、または、感染の疑いで下記の症状によって労務不能となり、その療養のため、会社を休んでいた。

(感染が疑われる症状が無い場合（無症状の濃厚接触者を含む）や療養後行動制限解除後も事業主からの指示で休んでいた期間は対象となりません。コロナ後遺症についても対象となりません。)

※感染が疑われる症状

- ①息苦しさ（呼吸困難）、強いだるさ（倦怠感）、高熱（37.5℃以上等の強い症状）のいずれかがある場合
 - ②重症化しやすい方（高齢者、糖尿病、心不全、呼吸器疾患等の基礎疾患がある方、透析を受けている方、免疫抑制剤や抗がん剤等を用いている方）で発熱や咳などの比較的軽い風邪の症状がある場合
 - ③上記以外で、発熱や咳など比較的軽い風邪の症状が続く場合
- ①～③のいずれかに該当する場合に、かかりつけの医療機関や保健所、県の受診・ワクチンセンターに相談を行うことが示されている。なお、これらに該当しない場合でも対象とされているが、医療機関の受診や検査を行っていない場合は、事業主の証明（事業主記入用申請書）を提出していただく必要があります。

- 会社等に勤務し、給与を受けている。
- 療養により休んだ期間中の給与等が支払われていない。又は給与等の一部が支払われている。
- 療養期間前の直近3か月の間に就業し、会社から給与を受けていた。
(直近3か月の間、一切就業していなかった場合は、支給の対象となりません)

上記のすべての項目に、該当していることに相違ありません。

令和 年 月 日

被保険者 住所

氏名 (印)