

# 岩見沢市国民健康保険条例施行規則の一部を改正する規則の概要

## 第1 改正の趣旨

岩見沢市国民健康保険条例の一部改正により、新型コロナウイルス感染症に感染した者等に対する傷病手当金が新設されたことに伴い、所要の規定の整備を行う。

## 第2 改正の内容

- (1) 国民健康保険傷病手当金支給申請書等を新設する。
- (2) 改正条例附則第2項前段の「規則で定める日」を、令和2年9月30日とする。

## 第3 施行期日

公布の日

## 岩見沢市規則第 23 号

岩見沢市国民健康保険条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和 2 年 4 月 2 日

岩見沢市長 松野 哲

### 岩見沢市国民健康保険条例施行規則の一部を改正する規則

岩見沢市国民健康保険条例施行規則（昭和 48 年規則第 11 号）の一部を次のように改正する。

第 26 条の次に次の 2 条を加える。

（新型コロナウイルス感染症に感染した被保険者等に係る傷病手当金の支給）

第 26 条の 2 条例第 40 条の 2 の規定により傷病手当金の支給を受けようとする者は、国民健康保険傷病手当金支給申請書（様式第 18 号）を市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の申請書を受理したときは、速やかに審査し、傷病手当金（支給・不支給）決定通知書（様式第 19 号）により申請者に通知するものとする。

（傷病手当金の支給を始める日）

第 26 条の 3 岩見沢市国民健康保険条例の一部を改正する条例（令和 2 年条例第 15 号）附則第 2 項前段の規則で定める日は、令和 2 年 9 月 30 日とする。

様式第 17 号の次に次の 2 様式を加える。

様式第 18 号（第 26 条の 2 関係）

## 国民健康保険傷病手当金支給申請書(世帯主記入用)

<b>被 保 険 者 情 報</b>	被保険者証 記号番号					世帯主氏名						
	(フリガナ)					生年月日	年 月 日					
	氏 名											
住 所												
<b>振 込 先</b>	金融機関 名称	銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他( )					本店・支店 出張所・本店営業 部 本所・支所 その他( ) <small>※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入</small>					
	預金別	普通・当座 その他( )			口座番号							
	口座名義(カタカナ)											
	<small>※左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1字として、姓と名の間は一字空けてください。</small>											
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>住 所 <span style="float: right;">電 話 番 号</span></p> <p>世帯主氏名 <span style="margin-left: 200px;">Ⓜ</span> <span style="float: right;">岩見沢市長 様</span></p>												

【受取代理人の欄】(世帯主以外の方が受領する場合は、記入が必要です。)

<b>世 帯 主</b>	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		年 月 日
	氏名	Ⓜ	住所 同上
<b>代 理 人</b> <small>(口座名義人)</small>	〒 -		世帯主との関係
	(フリガナ)		
	氏 名	Ⓜ	

<b>保 険 者 記 入 欄</b>	支給決定額
	円

# 国民健康保険傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

被保険者氏名	
--------	--

症状が出た日	年 月 日	帰国者・接触者相談センター への相談日 ※相談した場合に記入	年 月 日 ( 時 頃)						
①医療機関の受診状況		1. 受診した	2. 受診していない						
(①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日		年 月 日							
		年 月 日							
		年 月 日							
(①で「受診していない」と回答した場合) ③症状(期間などを具体的に)									
③療養のために 休んだ期間	年 月 日から	④左記期間のうち、勤務ができなかった日数 ( 新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があ り 感染が疑われる場合を含む)によらない休暇)	日						
	年 月 日まで								
⑤	上記の療養のために休んだ期間に 給与等の支払いを受けましたか。 または、今後受けられますか。	1. はい	2. いいえ						
⑥	⑤で「はい」と回答した場合、その給 与等の額と、その報酬支払の対象と なった(なる)期間をご記入ください。	年 月 日から	(給与等の額:円)						
		年 月 日まで	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>						

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記載欄について、事業主の証明が必要です。)

事業主 記入 欄	年 月 日		
	上記③～⑥の内容については、当事業所において把握している内容と相違ないことを証明します。		
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名	Ⓜ	
担当者氏名		電話番号	

# 国民健康保険傷病手当金支給申請書(事業主記入用)

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

<b>被保険者氏名</b>					
①新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む)により、労務に服することができなかった期間の属する月における勤務状況 上記の事由による無給休暇の日数を×で表示してください。			左記の事由による 無給休暇の日数		
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日			
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31				
②新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む)により、労務に服することができなかった期間の属する月の直近3か月の勤務状況 【出勤は○】、【有給休暇は△】、【上記の事由による無給休暇は×】、【その他の休暇(賃金が生じる)は＝】、【その他の休暇(賃金が生じない)は／】でそれぞれ表示してください。			賃金が生じた日数の計 (○、△、＝の計)		
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日			
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日			
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日			
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日			
事業主が証明するところ	②の期間に対して、賃金を支払いましたか?	1. はい 2. いいえ	給与の種類 <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他	賃金計算 締日 _____ 日 支払日 1. 当月 _____ 日 2. 翌月 _____ 日	
	②の期間の課税対象となる賃金支給状況をご記入ください。ただし、期末勤勉手当(賞与)は除く。				
支給した賃金内訳	期間 区分	単価(円)	月 日 ~ 月 日 分	月 日 ~ 月 日 分	月 日 ~ 月 日 分
			(A) 支給額(円)	(B) 支給額(円)	(C) 支給額(円)
	基本給				
	時給				
	手当				
	手当				
	手当				
	現物給与				
計					
			賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)		_____円
賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。					
年 月 日					
上記のとおり相違ないことを証明します。					
事業所所在地					
事業所名称					
事業主氏名 <span style="float: right;">印</span>					
担当者氏名			電話番号		

## 国民健康保険傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名																															
	傷病名											初診日	年 月 日																			
	発病年月日	年 月 日										発病の原因																				
	労務不能と認められた期間	年 月 日から																														
		年 月 日まで																														
	うち、入院期間	年 月 日から										療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 公費(        ) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他																			
		年 月 日まで										転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医																			
	診療日及び入院していた日を○で囲んでください。	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日													
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		31	日												
		年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日													
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日															
上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)																																
											手術年月日	年 月 日																				
											退院年月日	年 月 日																				
症状経過から見て従来職種について労務不能と認められた医学的な所見																																
年 月 日																																
上記のとおり相違ありません。																																
医療機関の所在地																																
医療機関の名称																																
医師の氏名											☎	電話番号																				

年 月 日

様

岩見沢市長

## 傷病手当金（支給・不支給）決定通知書

下記のとおり決定したので通知いたします。

傷病手当金の給付につきましては、ご指定の金融機関の預貯金口座へお振込みいたします。

### 支給内容

対象者

請求期間 年 月 日 ～ 年 月 日

支給期間 年 月 日 ～ 年 月 日

減額期間

不支給期間 年 月 日 ～ 年 月 日

【不支給理由・減額理由】

支給決定金額

円

振込年月日 年 月 日

金融機関名称

支店名

口座情報

問合先

教示

附 則

この規則は、公布の日から施行する。