

新型コロナウイルス感染症に伴う
傷病手当金について

支給要件

- 1、甲種組合員または後期高齢組合員が開設又は管理する病院、診療所にて歯科医業に従事し、給与等の支払いを受けている被保険者で、新型コロナウイルス感染症に感染、又は発熱等の症状があり、当該感染症の感染が疑われ、その療養のために労務に服することができなかった期間
- 2、適用期間：令和2年1月1日から令和5年5月7日まで
*ただし入院が継続する場合は、最長1年6月を支給します。
- 3、支給金額：直近の継続した3か月間の給与収入の合計額をその期間の就労日数で除した金額の3分の2の金額に支給対象となる日数を乗じた額
*給与等の全部又は一部を受けとることができる場合は、支給額が調整されるか、支給対象外となることとなります。
- 4、支給対象日：療養のために労務に服することができなくなった日から起算して3日経過した日（4日目）から労務に服することができない期間

支給対象

1、甲種組合員又は後期高齢組合員が開設又は管理する病院、診療所にて歯科医業に従事し、給与の支払いを受けている被保険者

種別	対象可否
甲種組合員	上記条件に該当する方は○（個人事業主は×）
乙種組合員	○
後期高齢組合員	×
家族	歯科医業に従事している方は○

2、支給対象の目安となる症状

- 強いだるさ（倦怠感）や息苦しさ（呼吸困難）、高熱等の強い症状のいずれかがある場合
- 重症化しやすい方で、発熱や咳などが比較的軽い風邪の症状がある場合
- * 高齢者や基礎疾患のある方、透析、抗がん剤治療をされている方等
- 上記以外で発熱や咳などの比較的軽い風邪の症状が続く場合
- 発熱等の症状があり当該感染症の感染の疑いがあるため自宅療養していた場合

支給金額等について

1、 支給金額算定式

(直近の継続した3か月間の給与収入合計額) / (直近の継続した3か月間の就労日数) × 2/3 × (支給対象となる日数)

2、 一日当たりの支給限度額は日額 30,887 円 (標準報酬月額最高等級の標準報酬月額の 1/3 0 の金額の 2/3 に相当する金額 令和2年3月時点)

3、 本組合加入期間において甲種組合員又は後期高齢組合員が開設又は管理する病院、診療所にて歯科医業に従事したことにより支給された給与に限る

4、 直近の3か月間どこの診療所にも努めておらず、当月から勤務を始めた場合

*前月、前々月は、給与収入、勤務日数も0であることから、計算対象に入れることができない。そのため当月分の給与収入、勤務日数で計算することになります。

支給可否一覧

	状 況	傷病手当金 支給可否
1	支給対象者が新型コロナウイルスに感染した場合	○
2	支給対象者が検査で新型コロナウイルス「陽性」と判定された場合	○
3	支給対象者が、発熱などの自覚症状があり自宅療養を行っている場合	○
4	支給対象者が、発熱などの自覚症状があり自宅療養中であったが、医療機関へ受診したところ、新型コロナウイルス感染ではなく、別の疾患に罹患していた場合	○
5	事業所内で新型コロナウイルスに感染した者が発生したことにより、事業所全体が休業し、自宅待機を命じられた場合	×
6	支給対象者が自覚症状はないが、家族が感染し濃厚接触者になり、被保険者が休暇を取得した場合	×
7	通勤中や勤務中での感染といった労災保険が適用となる場合	×

支給申請について

- 支給申請手続きの方法、受給資格の可否等ご不明な点につきましては、本組合までお問い合わせください。

* 熊本県歯科医師国保組合 [TEL:096-343-0419](tel:096-343-0419)

- 申請にあたっては、本組合所定の申請書をご提出いただきます。申請をされる方はまず本組合へご連絡ください。ご連絡をいただき次第、申請書類を送付いたします。

- ①傷病手当金支給申請書（組合員記入用）
- ②傷病手当金支給申請書（被保険者記入用）
- ③傷病手当金支給申請書（事業主記入用）
- ④組合が提出を求める書類（給与明細書の写し等）