

新型コロナウイルス感染症について

新型コロナウイルス感染症に伴う傷病手当金

沖縄県後期高齢者医療制度に加入している方のうち、被用者(雇い主から給与の支払いを受けている方)で、新型コロナウイルス感染症に感染した方、または発熱等の症状があり感染が疑われる方で、勤務することができず給与等の全部または一部の支払いを受けることができない場合に傷病手当金を支給します。

支給対象者

給与所得者のうち、新型コロナウイルス感染症に感染した方、または発熱等の症状があり感染が疑われる方

支給要件

次の要件をすべて満たす方

(1) 新型コロナウイルス感染症(感染疑いを含む)の療養のため働くことができないこと

原則として、事業主、医療機関の証明が必要です。ただし、医療機関を受診せず回復した場合は、医療機関の証明が不要となる場合があります。

(2) 4日以上仕事を休んでいること

発熱等の症状があつて最初に「勤務予定があり仕事を休んだ日」が起算日(1日目)となります。

起算日から数えて、3日経過した後の「勤務予定があり仕事を休んだ日」が支給対象日となります。

(3) 仕事を休んだ期間について給与等がもらえないこと

給与等が支払われている場合でも、規定により算定される傷病手当金の額より少ないときは、その差額を支給します。

支給額

(直近の継続した3カ月間の給与収入の合計額を就労日数で除した金額) × 2/3 × 日数
(支給対象となる日数)

※給与等の全部または一部を受けられる場合は、支給額が調整されたり、支給され

ない場合があります。

※1日あたりの支給額には、限度があります。

適用期間

令和2年1月1日から令和5年5月7日の間で、療養のため仕事をすることができない期間。
ただし、入院が継続する場合等は最長1年6カ月までを支給対象とする。

申請方法

お住いの市町村の後期高齢者医療担当窓口にて受付します。

【申請に必要なもの】

原則として、下の申請書①～④の提出が必要です。ただし、医療機関を受診せず回復した場合は、④(医療機関記入用)の提出が不要となる場合があります。

- (1)後期高齢者医療傷病手当金支給申請書①(被保険者記入用)
- (2)後期高齢者医療傷病手当金支給申請書②(被保険者記入用)
- (3)後期高齢者医療傷病手当金支給申請書③(事業主記入用)
- (4)後期高齢者医療傷病手当金支給申請書④(医療機関記入用)
- (5)被保険者証
- (6)振込口座の確認ができるもの

※申請書③については、事業主の証明が必要となるため、勤務先へ申請書の作成を依頼してください。審査のため、追加で資料の提供を依頼することがあります。

※申請書④については、医師の意見が必要となるため、受診した医療機関に作成を依頼してください。

申請の際は、記入例及び記載の注意事項を確認のうえ、申請ください。

※詳細につきましては、市町村窓口へお問い合わせください。