

三重県後期高齢者医療広域連合規則第 1 号

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
支給に関する規則

(趣旨)

第 1 条 この規則は、三重県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例（平成 19 年三重県後期高齢者医療広域連合条例第 36 号。以下「条例」という。）附則第 7 条第 1 項に規定する傷病手当金（以下「傷病手当金」という。）の支給に関し必要な事項を定めるものとする。

(支給の申請等)

第 2 条 条例附則第 7 条第 1 項の規定により傷病手当金の支給を受けようとする者は、後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（様式第 1 号から様式第 1 号の 4 まで）に必要な事項を記載し、三重県後期高齢者医療広域連合長（以下「広域連合長」という。）に提出しなければならない。

2 広域連合長は、前項の申請書を受理したときは、速やかにこれを審査し、支給、不支給又は却下を決定し、後期高齢者医療傷病手当金支給決定通知書（様式第 2 号）、後期高齢者医療傷病手当金不支給決定通知書（様式第 3 号）又は後期高齢者医療傷病手当金支給申請却下通知書（様式第 4 号）により当該申請者に通知するものとする。

(適用期間の終期)

第 4 条 三重県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例の一部を改正する条例（令和 2 年三重県後期高齢者医療広域連合条例第 5 号）附則第 2 項の規則で定める日は、令和 2 年 9 月 30 日とする。

(委任)

第 5 条 この規則に定めるもののほか、傷病手当金の支給に関し必要な事項は、広域連合長が定める。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

被 保 険 者 情 報	被保険者番号															
	(フリガナ) 氏名							生年月日	大正 昭和	年	月	日				
	住所															
振 込 先	金融機関 名称	銀行・信金・信組 農協・信漁連 その他()						本店 支店・出張所							※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入	
	預金別	普通・当座 その他()			口座番号											
	口座名義(カタカナ)															
※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。																
(あて先)三重県後期高齢者医療広域連合長 上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 申請者 住所 氏名 ⑩ 電話番号																

【受取代理人の欄】 被保険者名義以外の口座への振込を希望する場合は、記入が必要です。

被 保 険 者	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。 令和 年 月 日	
	氏名 ⑩ 住所	
代 理 人 (口 座 名 義 人)	〒 ー	被保険者との関係
	(フリガナ) 氏名 ⑩	

保 険 者 記 入 欄	支給決定額
	円

市町確認欄		
受付者	届出人(本人・代理人)	備考
	各種免許証() 住基カード・保険証 その他()	

広域連合 確認欄



後期高齢者医療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	令和 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	令和 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		令和 年 月 日									
		令和 年 月 日									
		令和 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)											
④療養のために 休んだ期間	令和 年 月 日から	⑤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(感染が疑われる場合を含む)によらない休暇や、勤務予定がなかった日は除きます。 ※支給対象となるのは、右記の日数から3日を控除した日数です。	日								
	令和 年 月 日まで										
⑥	④の期間に、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									
⑦	⑥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。	令和 年 月 日から	(給与等の額:円)								
		令和 年 月 日まで	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></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	令和 年 月 日
	上記③～⑦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 _____ (印)
担当者氏名	電話番号

後期高齢者医療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。

被保険者氏名																	
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					
令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
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)					
令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
②の期間に対して、賃金を支払いましたか?	1. はい		給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給		賃金計算	締日		日								
	2. いいえ			<input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給			支払日		1. 当月 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。																	
事業主が証明するところ 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																
	手当																
	現物給与																
	計																
	賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)															円	
備考																	
令和 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 _____ (印)																	
担当者氏名				電話番号													

後期高齢者医療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	令和 年 月 日																						
	発病年月日	令和 年 月 日										発病の原因																							
	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から											療養費用の種別																						
		令和 年 月 日まで										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																					
	うち、入院期間	令和 年 月 日から											転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医																					
		令和 年 月 日まで																																	
	診療日及び入院していた日を○で囲んでください。	令和 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	診療 実日数	日
		令和 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	診療 実日数	日
		令和 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	診療 実日数	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	令和 年 月 日																							
											退院年月日	令和 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																																			
令和 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 _____											⑩	電話番号 _____																							

三後高医第 号
年 月 日

三重県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療傷病手当金支給決定通知書

先に申請のありました後期高齢者医療傷病手当金の支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

1. 被保険者番号
2. 被保険者氏名
3. 計算対象期間
4. 支給金額
5. 振込日
6. 振込先

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、三重県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。

なお、この処分の取消の訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、三重県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は三重県後期高齢者医療広域連合長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

◆問い合わせ先

三後高医第 号
年 月 日

三重県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療傷病手当金不支給決定通知書

先に申請のありました後期高齢者医療傷病手当金の支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

1. 被保険者番号
2. 被保険者氏名
3. 計算対象期間
4. 不支給の理由

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、三重県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。

なお、この処分の取消の訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、三重県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は三重県後期高齢者医療広域連合長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

◆問い合わせ先

三後高医第 号
年 月 日

三重県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療傷病手当金支給申請却下通知書

先に申請のありました後期高齢者医療傷病手当金の支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

1. 被保険者番号
2. 被保険者氏名
3. 計算対象期間
4. 却下の理由

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、三重県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。

なお、この処分の取消の訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、三重県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は三重県後期高齢者医療広域連合長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

◆問い合わせ先