

新型コロナウイルス感染症に感染した被保険者に係る傷病手当金について

東京都弁護士国民健康保険組合

新型コロナウイルス感染症の拡大を受け、弁護士国保に加入している被用者（給与所得者）の方が感染又は感染が疑われる場合に、仕事を欠勤することを余儀なくされ、給与等の全部または一部の支払いを受けることが出来なくなった場合、傷病手当金を支給します。

支給を受ける条件

次の1～4の全ての条件を満たした場合は、傷病手当金が支給されます。

1. 給与所得者であること
2. 新型コロナウイルス感染症に感染した者及び発熱等の症状があり感染が疑われる者であること
被用者自身が労務不能と認められることが必要です。
事業所内で感染者が発生したことにより事業所全体が休業した場合の感染者以外の被用者は対象外です。
家族が感染し、濃厚接触者になった等の理由により休業した被用者も対象外です。
3. 労務に服することができなくなった日から起算して3日を経過した日から労務に服することができない期間のうち就労を予定していた日があること
4. 給与（報酬）等の支払がないこと

対象日数

労務に服することができなくなった日から起算して3日を経過した日から、労務に服することができない期間のうち労務に就くことを予定していた日数。

支給額

1日あたりの支給額(※) (直近の継続した3月間の給与収入の 合計額÷労務日数)×(2/3)	×	支給対象となる日数	=	支給額
--	---	-----------	---	-----

(※)上限額 日額30,887円：令和2年3月現在

適用期間

令和2年1月1日～令和3年12月31日の間で療養のため労務に服することができない期間のうち、就労を予定していた日。

ただし、入院が継続する場合は最長1年6ヶ月間。

申請方法

次の①～④の申請書を弁護士国保組合事務局にご郵送ください。

なお、個人情報となるため、簡易書留等でご郵送ください。

申請は郵送受付のみとなります。事務局へのご来訪は控えていただきますようお願いいたします。

- 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 傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)

【郵送先】

〒100-0013

東京都千代田区霞が関1-1-3 弁護士会館14階

東京都弁護士国民健康保険組合 宛て

電話 03-3581-1096 FAX 03-3581-1185

(電話受付時間 平日10:00～12:00、13:00～15:00)

今後の状況により、受付時間に変更となる場合があります。

その際は当組合ホームページにてご案内します。予めご了承ください。