

秋田県後期高齢者医療広域連合新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金支給規則をここに公布する。

令和2年5月15日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 穂 積 志

秋田県後期高齢者医療広域連合規則第7号

秋田県後期高齢者医療広域連合新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金支給規則

(趣旨)

第1条 この規則は、秋田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年秋田県後期高齢者医療広域連合条例第25号。以下「条例」という。）附則第43条に定め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に関し必要な事項を定めるものとする。

(支給申請等)

第2条 条例附則第43条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）を秋田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、前項の規定による申請書を受理したときは、速やかに支給又は不支給を決定し、後期高齢者医療給付支給決定通知書（様式第2号）又は後期高齢者医療給付不支給決定通知書（様式第3号）により当該申請書を提出した者に通知するものとする。

(適用期間の終期)

第3条 秋田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年秋田県後期高齢者医療広域連合条例第3号）

附則の規則で定める日は、令和2年9月30日とする。

(補則)

第4条 この規則に定めるもののほか、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し必要な事項は、広域連合長が別に定める。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

様式第1号（第2条関係）

様式第1号（第2条関係）

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）

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------|-----------------------------|--|--|------|--|--|---|----------|---|---|---|--|--|--|
| 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・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() ※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) | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>秋田県後期高齢者医療広域連合長 宛 令和 年 月 日</p> <p>上記のとおり申請します。</p> <p>また、秋田県後期高齢者医療広域連合が申請書の記載内容について事実を確認するため、関係機関等に照会を行い、情報の提供を受けることに同意します。</p> <p>申請者 郵便番号 住所 氏名 電話番号</p> <p style="text-align: right;">印</p> | | | | | | | | | | | | | | | |

【受取代理人の欄】（被保険者以外の方が受領する場合は、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 | | | | | | | 住所 | | | | | |
| 代理人 (口座名義人) | | | | | | | | | | | | | |
| | (フリガナ) 氏名 | | | | | | | 被保険者との関係 | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 保険者 記入欄 | 支給決定額 | | | | | | | | | | | |
| | 円 | | | | | | | | | | | |

様式第1号(第2条関係)

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書③(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 | | | 31 |
| 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 | | | 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) | | | | | | | | |
| 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 | 31 | | |
| 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 | 31 | | |
| 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 | 31 | | |
| 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 | | 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 | | | | | | |
| | | | | 2. いいえ | | | | | | | | 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支給した賃金内訳 | | 期間 | | 単価(円) | | 月 日 ~ | | | 月 日 ~ | | | 月 日 ~ | | | | | | | | |
| | | 区分 | | | | 月 日 分 | | | 月 日 分 | | | 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③労働者災害補償保険(労災保険)の休業補償等の申請をしていますか。 | | | | | | | | | | | | 1. はい 2. いいえ | | | | | | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 また、秋田県後期高齢者医療広域連合が申請書の記載内容について事実を確認するため、関係機関等に照会を行い、情報の提供を受けることに同意します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | |

様式第1号（第2条関係）

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）

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-------|----------|---------|-----------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 医療機関 担当者が 意見を入 入するこ 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 | | | | | | | | | | | | | | | | 発病の原因 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | 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。 | 令和 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 令和 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 令和 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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の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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ☎ 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

様式第2号（第2条の2関係）

様式第2号（第2条の2関係）

第 号
年 月 日

〒 _____
住所 _____
氏名 _____ 様

秋田県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療給付支給決定通知書

後期高齢者医療給付の支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

| | |
|----------|-------------------------------------|
| 給付の種類 | |
| 被保険者番号 | |
| 被保険者氏名 | |
| 根拠となる年月等 | |
| 支給金額 | |
| 支払予定日 | |
| 支払方法 | 支払方法 : 金融機関名 : 店名 : 口座名義 : |

※ 支給申請時に指定された口座に振り込みいたしますが、口座番号等に誤りがあると、口座情報の再確認の為、口座への入金日は、支給予定日よりも10日程遅くなることがありますので、ご了承ください。

◎ 不服がある場合の審査請求については、裏面をご覧ください。

不服がある場合の審査請求について

この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に秋田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、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなります。

この決定の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でなければ提起することができませんが、審査請求があった日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないときや決定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、裁決を経ずに提起することができます。この訴えは、裁決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、秋田県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、秋田県後期高齢者医療広域連合長）として提起することができます。なお、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

正当な理由があるときは、上記の期間やこの決定（審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求や決定の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

【内容に関する問い合わせ先】

（市町村）

_____ 役所（役場） _____ 課

住所

電話

（発行元）

秋田県後期高齢者医療広域連合 業務課

住所 〒010-0951 秋田市山王四丁目2番3号
秋田県市町村会館内（1F）

電話 018-853-7155

様式第3号（第2条の2関係）

様式第3号（第2条の2関係）

第 号
年 月 日

〒 _____
住所 _____
氏名 _____ 様

秋田県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療給付不支給決定通知書

後期高齢者医療給付の支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

| | |
|--------|--|
| 給付の種類 | |
| 被保険者番号 | |
| 被保険者氏名 | |
| 不支給理由 | |
| 備考 | |

◎ 不服がある場合の審査請求については、裏面をご覧ください。

不服がある場合の審査請求について

この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に秋田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、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなります。

この決定の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でなければ提起することができませんが、審査請求があった日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないときや決定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、裁決を経ずに提起することができます。この訴えは、裁決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、秋田県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、秋田県後期高齢者医療広域連合長）として提起することができます。なお、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

正当な理由があるときは、上記の期間やこの決定（審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求や決定の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

【内容に関する問い合わせ先】

（市町村）

_____ 役所（役場） _____ 課

住所

電話

（発行元）

秋田県後期高齢者医療広域連合 業務課

住所 〒010-0951 秋田市山王四丁目2番3号

秋田県市町村会館内（1F）

電話 018-853-7155

