

就労状況確認表(新型コロナウイルス傷病手当用)

被保険者証番号		組合員氏名		
新型コロナウイルス傷病手当金	就労状況 (該当に☑をつけてください) <input type="checkbox"/> 給与所得者(被用者) <input type="checkbox"/> 従業員 <input type="checkbox"/> 専従者 <input type="checkbox"/> 法人事業主※1 <input type="checkbox"/> 法人役員※1 事業所名 ()	療養の状況 (該当する項目すべてに☑をつけてください) 共通 て上記の共通書類に加えて、添付すること	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス傷病手当金支給申請書(様式第70号) <input type="checkbox"/> " (様式第70号-①) <input type="checkbox"/> " (様式第70号-②) <input type="checkbox"/> 就労状況確認表(新型コロナウイルス傷病手当用) ※1 法人事業主 または 法人役員の場合、 <input type="checkbox"/> 直近3か月分の給与明細の写し 医療機関の外来を受診された場合、 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス傷病手当金支給申請書(様式第70号-③)	
			<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス傷病手当金支給申請書(様式第70号-③)	
			<input type="checkbox"/> ホテル療養 <input type="checkbox"/> 宿泊療養施設入所証明書(ホテル療養の証明書)の写し	
			<input type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> 自宅療養証明書の写し	
傷病手当金(従来)	<input type="checkbox"/> 一人親方 <input type="checkbox"/> 個人事業主	共通 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> ホテル療養 <input type="checkbox"/> 自宅療養	<input type="checkbox"/> 従来 of 傷病手当金支給申請書(様式第47号) <input type="checkbox"/> 就労状況確認表(新型コロナウイルス傷病手当用)	
			<input type="checkbox"/> 追加添付なし(共通の書類のみ)	
			傷病手当金の支給対象外です	
			傷病手当金の支給対象外です	

上記の通り、相違ありません。

地域建築組合長 印

【注意事項】

- この確認表の記載がない場合、正しく判断することができないため傷病手当金を支給することができません。地域組合で本人に聞き取りの上、必ずご記入ください。
- 給与所得者(被用者)は「新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当」の支給対象となり、申請書に基づいて支給単価を算定します。
支給単価が1日あたり8,000円に満たない場合、**入院期間について**、①8,000円までの差額と②その期間内の無就業日(土日祝日等)は、従来 of 傷病手当より支給します。
該当者には当国保組合から申請の依頼をします so、様式第47号を提出してください。
その際、様式第47号 of 医師の証明は、新型コロナウイルス傷病手当申請時に提出済みのため不要です。