

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 <input type="checkbox"/> 法人役員 事業所名 () ※療養期間中の給与が無給扱いとなる場合に限り ます。 | 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 付 上 記 の 共 通 書 類 に 加 え て、 添 | <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) <input type="checkbox"/> 療養休業期間を含む直近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) ※当面の間、MyHER-SYSの添付があれば受付します | |
| | | | <input type="checkbox"/> 入院 | <input type="checkbox"/> 追加添付なし(共通の書類のみ) |
| | | | <input type="checkbox"/> 宿泊療養 | <input type="checkbox"/> 療養期間確認通知書の写し |
| | | | <input type="checkbox"/> 自宅療養 | <input type="checkbox"/> MyHER-SYSの療養証明画面を印刷したもの (療養期間が10日以内の場合) または <input type="checkbox"/> 療養期間確認通知書の写し (療養期間が10日以上の場合、みなし陽性の場合) |
| 傷病手当金(従来) | <input type="checkbox"/> 一人親方 <input type="checkbox"/> 個人事業主 | 共通 付 上 記 の 共 通 書 類 に 加 え て、 添 | <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"/> 入院 | <input type="checkbox"/> 追加添付なし(共通の書類のみ) |
| | | | <input type="checkbox"/> 宿泊療養 | 傷病手当金の支給対象外です |
| | | | <input type="checkbox"/> 自宅療養 | |

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)で療養期間中の給与が無給扱いとなる方は、「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。入院療養で支給単価が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ので、様式第47号を提出してください。