傷病手当金申請書作成時の注意点

令和４年８月時点

* **振込先について**

　申請者である世帯主以外の口座へのお振込みを希望される場合は、「申請書その１（世帯主記入用）」の「受取代理人の欄」への記入が必要です。

* **「申請書その２（被保険者記入用）」の「①医療機関の受診状況」について**

医療機関で診療・診察を受けた場合は、「１ 受診した」に丸を付け、~~当該医療機関に「申請書（その４医療機関記入用）」への記入を依頼し~~てください（現在は、下記対応を行っています）。

* **「申請書その４（医療機関記入用）」について**
  + **提出できない場合は**

現在、急激な感染拡大に伴う医療機関のひっ迫を避けるための臨時的な取扱いとして、下記のイ～ハに当てはまる場合、「申請書その４（医療機関記入用）」不要で申請を受け付けています。

ロやハのように療養証明書などで療養期間が確認できない場合は、審査対象となる療養期間は下記の通り（★１）となります。発熱が続いたなどの理由で医療機関や保健所から異なる期間を指示された場合には、その期間が記載された療養証明書などを添付してください。

1. **療養期間が確認できる「療養証明書」を提出**
2. **電子療養証明書（MY-HER-SYS：ハーシス）の画面を印刷して提出**
3. **それ以外の場合は**

「申請書その２（被保険者記入用）」の「③症状」欄の記入（または別紙『「③症状」欄記入用紙』の提出）（★２）と「事業主記入欄」による事業所の証明が必要です。

**★１　療養期間（労務不能と認められる期間）**

**・『「③症状」欄記入用紙』に記載されている症状に当てはまる症状が出た場合**

療養期間の始まり：症状が出た日

療養期間の終わり

・陽性：症状が出た日の翌日から10日目（１日に発熱等なら11日まで）

・陽性以外：症状が続いた期間の最終日（上記10日目を超えない）

**★２　「③症状」欄の記入（または別紙『「③症状」欄記入用紙』の提出）**

「③症状」欄には、検査日や陽性と診断された日、詳しい症状、保健所や医療機関から伝えられた療養期間など、できるだけ詳しく記入してください。または、別紙の『「③症状」欄記入用紙』を記入し、提出していただいても結構です。

* **事業主の印鑑について**

　「申請書その２（被保険者記入用）」の「事業主記入欄」及び「申請書その３（事業主記入用）」は、下記のいずれかの印鑑を押印してください。

1. 法人代表者印（例：株式会社○○代表取締役）
2. 法人印（例：株式会社○○）＋代表者の私印
3. 事業主の私印（個人事業主の場合）

* **「申請書その３（事業主記入用）」の勤務状況について**

「申請書その３（事業主記入用）」の「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開始月を含む直近３か月の勤務状況」の「直近３か月」については、下記の例を参考にしてください。

1. 勤務できなくなった期間の開始日が、４月８日

　　　　　　　　　⇒「直近３か月」は「２月・３月・４月」

1. 勤務できなくなった期間の開始日が、５月１日

　　　　　　　　　⇒「直近３か月」は「３月・４月・５月」

※　賃金計算の締日が月末以外の場合、直近４か月の勤務状況を記入してください。

　　　　　　【例】　勤務できなくなった期間の開始日が４月８日、締日が毎月15日

　　　　　　　　　　賃金支給期間　1/16～2/15、2/16～3/15、3/16～4/15　の場合

　　　　　　　　　　⇒　直近４か月　「１月・２月・３月・４月」

◆　その他注意点

・申請書はすべて、ボールペンで記入してください。（消せるボールペンや鉛筆で記入された申請書は無効となります）

・記載誤りを訂正する場合は、訂正箇所を二重線で消し、消した箇所にかかるように訂正印を押印してください。なお、訂正印は「申請書その１（世帯主記入用）」の押印欄で使用したものと同じ印鑑（「申請書その２（被保険者記入用）」の「事業主記入欄」及び「申請書その３（事業主記入用）」を訂正する場合は事業主の印鑑）を使用してください。

その他、申請書の記入に際してご不明な点がありましたら、下記までお問合せください。

**≪申請書送付先・お問合せ先≫**

〒596－8510　岸和田市岸城町７番１号

岸和田市役所　保健部　健康保険課　保健給付担当

（電話番号）072－423－9457