

寒川町国民健康保険条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和2年6月2日

寒川町長 木 村 俊 雄

寒川町規則第16号

寒川町国民健康保険条例施行規則の一部を改正する規則

寒川町国民健康保険条例施行規則(平成13年寒川町規則第30号)の一部を次のように改正する。

第4条の次に次の2条を加える。

(傷病手当金の支給申請)

第4条の2 条例第8条の2の規定による傷病手当金の支給を受けようとする者は、国民健康保険傷病手当金支給申請書(第1号様式)を町長に提出しなければならない。

(支給決定)

第4条の3 町長は、前条の規定による申請を受けたときは、必要な調査を行い、傷病手当金の支給について決定を行うものとする。

2 前項の決定を行った場合は、傷病手当金支給(承認・不承認)決定通知書(第1号様式の2)により当該申請を行った者に通知するものとする。

3 町長は、傷病手当金の支給の決定を受けた者の収入、資力等の変更により当該決定の変更又は取消しを行う必要があると認められる場合には、速やかに変更又は取消しを行い、当該変更又は取消しに係る世帯の納入義務者に対し傷病手当金支給(取消・変更)決定通知書(第1号様式の3)により通知するものとする。

第5条中「第1号様式」を「第1号様式の4」に改める。

第1号様式を第1号様式の4とし、第1号様式から第1号様式の3までとして次の3様式を加える。

寒川町国民健康保険傷病手当金支給申請書(世帯主記入用)

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号番号			世帯主氏名		
	(フリガナ) 氏 名				生年月日	昭和 平成 年 月 日
	住 所					
振込先	金融機関 名称	銀行・農協 信用金庫 労働金庫			本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 ※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		口座番号		
	口座名義(カタカナ)					
		※左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1字として、姓と名の間は一字空けてください。				
上記のとおり申請します。 年 月 日 住 所 □ 同上 電話番号 (日中に連絡の 取れる番号) 世帯主氏名 印 ※国民健康保険に関するご連絡に使用 寒 川 町 長						

【受取代理人の欄】（世帯主以外の方が受領する場合は、記入が必要です。）

世帯主	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。		年 月 日
	氏 名	印	住所 □同上
代理人 (口座名義人)	〒 ー ー		世帯主との関係
	□ 同上		
	(フリガナ) 氏 名		
	印		

保険者 記入欄	支給決定額
	円

寒川町国民健康保険傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

同意書	
寒川町長	
寒川町国民健康保険条例に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、寒川町国民健康保険が関係諸機関(事業主・医療機関・前加入保険者・官公署等)に対して、必要な情報の照会を行うこと、また関係諸機関が寒川町国民健康保険に回答することに同意します。 また照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とします。	
年 月 日	
被保険者氏名	
印	

症状が出た日	年 月 日	帰国者・接触者相談センターへの相談日 ※相談した場合に記入	年 月 日
		相談できなかった場合はその理由(「○」を付けてください) 1. 高熱・呼吸困難の症状がひどく、電話できる状態ではなかった 2. 何度も電話したが、通話中で繋がらなかった(月 日) 3. その他()	
①医療機関の受診状況		1. 受診した 2. 受診していない	
②医療機関の受診日と名称 (①で「受診した」と回答した場合に記入)	受診日	年 月 日	名称
	受診日	年 月 日	名称
	受診日	年 月 日	名称
③症状(具体的に) (①で「受診していない」と回答した場合に記入)			
④療養のために休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで	⑤左記期間のうち、勤務ができなかった日数 (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)によらない休暇や勤務予定がなかった日は除く。)	日
⑥	④の療養のために休んだ期間に給与等の支払を受けましたか?または、今後受けられますか?		1. はい 2. いいえ
⑦	⑥で「はい」と回答した場合、その給与等の支払の対象となった(なる)期間と、給与等の額	年 月 日から 年 月 日まで	(給与等の額:円) ※右詰めで記入して下さい。

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記載欄について、事業主の証明が必要です。)

事業主記入欄	年 月 日
	上記③、④の内容については、当事業所において把握している内容と相違ないことを証明します。
	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

寒川町国民健康保険傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

同意書	
寒川町長	
寒川町国民健康保険条例に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、寒川町国民健康保険が関係諸機関(事業主・医療機関・前加入保険者・官公署等)に対して、必要な情報の照会を行うこと、また関係諸機関が寒川町国民健康保険に回答することに同意します。 また照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とします。	
年 月 日	
被保険者氏名	

症状が出た日	年 月 日	帰国者・接触者相談センター への相談日 ※相談した場合に記入	年 月 日							
		相談できなかった場合はその理由(「○」を付けてください) 1. 高熱・呼吸困難の症状がひどく、電話できる状態ではなかった 2. 何度も電話したが、通話中で繋がらなかった(月 日) 3. その他()								
①医療機関の受診状況		1. 受診した 2. 受診していない								
②医療機関の受診日と名称 (①で「受診した」と回答した場合に記入)	受診日 受診日 受診日	年 月 日 年 月 日 年 月 日	名称 名称 名称							
③症状(具体的に) (①で「受診していない」と回答した場合に記入)										
④療養のために 休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで	⑤左記期間のうち、勤務ができなかった日数 (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)によらない休暇や 勤務予定がなかった日は除く。)	日							
⑥	上記の療養のために休んだ期間に 給与等の補償のための給付を受けまし たか。または、今後受けられますか。	1. はい 2. いいえ								
⑦	⑤で「はい」と回答した場合、その制度 名と金額をご記入ください。	制度名: 受給(予定)金額 <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 円								

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記載欄について、事業主の証明が必要です。)

事業主 記入 欄	年 月 日
	上記③、④の内容については、当事業所において把握している内容と相違ないことを証明します。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
担当者氏名	電話番号

寒川町国民健康保険傷病手当金支給申請書(事業主記入用)

労務に服することができなかった被保険者について、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																	
雇用期間	平成 令和		年		月		日	から	1. 雇用終了期間未定								
	2.	平成 令和		年		月		日	まで								
雇用の形態	☐ 正社員 ☐ 非常勤・臨時職員 ☐ パート・アルバイト ☐ 派遣社員 ☐ その他()																
就労日	☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日 ☐ 祝祭日 ☐ 不定休(週 日程度勤務)																
勤務地																	
通勤手段	☐ 電車 ☐ バス ☐ 徒歩 ☐ 自転車 ☐ バイク ☐ 自動車 ☐ その他()																
健康保険等の加入の有無	1. 健康保険に加入している 2. 国保組合に加入している 3. 上記の保険には加入していない。							1.2の場合 保険加入期間		1. 上記雇用期間と同じ							
										2.	平成 令和		年		月		日
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 【出勤は○】、【有給休暇は△】、【無給休暇は×】、【賃金が減額されて生じる休暇は＝】、 【公休日及び勤務が予定されていない日は公】でそれぞれ表示してください。									労務に服することができな かった日数(×、＝)の計								
									(※ 事業主の方は記入しな いください。)								
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		
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		
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		
計																	日
「労務に服することができなかった期間」(休 暇をとった期間)のうち、「有給休暇」・「公休 日及び勤務が予定されていない日」 以外 且 について、賃金を支給しましたか？							1. はい 2. いいえ		「はい」の場合、その支 給額をご記入ください(た だし、期末勤勉手当(賞 与)は除く)。							¥	
上記の賃金の計算方法についてご記入ください(基本給に対する支給割合等)。																	

(裏面あり)

事業主が証明するところ	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4日目の属する月の直近3か月の勤務状況 (当該月を含めず。例: 4日目が3月31日ならば12～2月、4月2日ならば1月～3月) 【出勤は○】、【有給休暇は△】、【無給休暇は×】、【賃金が減額されて生じる休暇は＝】、 【公休日及び勤務が予定されていない日は公】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)				
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日				
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日				
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日				
	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	☐ 月給 ☐ 時間給	賃金計算	締 日	日
		2. いいえ		☐ 日給 ☐ 歩合給 ☐ 日給月給 ☐ その他		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	区分 \ 期間	単価(円)	月 日 ~ 月 日 分	月 日 ~ 月 日 分	月 日 ~ 月 日 分	
				(A)支給額(円)	(B)支給額(円)	(C)支給額(円)	
		基本給(月給)					
基本給 (日給・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。							
年 月 日							
上記のとおり相違ないことを証明します。							
事業所所在地							
事業所名称							
事業主氏名 ㊟							
担当者氏名		電話番号					

寒川町国民健康保険傷病手当金支給申請書(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	年 月 日																			
発病年月日	年 月 日										発病の原因																				
労務不能と 認めた期間	年 月 日から																														
	年 月 日まで																														
うち、入院期間	年 月 日から										療養費用の種別	☐ 国保 ☐ 公費（感染症） ☐ 自費 ☐ その他																			
	年 月 日まで										転帰	☐ 治癒 ☐ 中止 ☐ 繰越 ☐ 転医																			
診療日及び入院 していた日を○で 囲んでください。	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31														診療 実日数	日														
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31														診療 実日数	日														
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31														診療 実日数	日														
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	年 月 日																			
											退院年月日	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																															
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																															
											⑩	電話番号																			

年 月 日

様

寒 川 町 長

国民健康保険傷病手当金支給
(承認・不承認)決定通知書

さきに申請されました国民健康保険傷病手当金につきまして、下記のとおり支給(承認・不承認)決定されましたのでお知らせします。

記

種 別	
被保険者証番号	
被 保 険 者 名	
金 額	
支 払 年 月 日	
振込先金融機関	
(口座種別)	
(口座番号)	
(口座名義人)	

【注意事項】

※振込先金融機関での手続きにより若干遅れる場合があります。

- この処分について不服があるときは、この処分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、神奈川県国民健康保険審査会に審査の請求をすることができます。
- 処分の取消しの訴えについては、上記1の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができません。この処分の取消しの訴えは、この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、寒川町を被告として(訴訟において寒川町を代表するものは寒川町長となります。)、提起することができます。
 - 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。
 - 処分、処分の執行又は手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この処分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、また、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、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分(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をすることや処分の取消の訴えを提起することが認められる場合があります。

年 月 日

様

寒 川 町 長

国民健康保険傷病手当金支給
(取消・変更)決定通知書

令和 年 月 日付で決定されました国民健康保険傷病手当金につきまして、下記のとおり支給(取消・変更)決定されましたのでお知らせします。

記

種 別	
被保険者証番号	
被 保 険 者 名	
変 更 前 の 額	
変 更 後 の 額	
理 由	

【注意事項】

※振込先金融機関での手続きにより若干遅れる場合があります。

- この処分について不服があるときは、この処分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、神奈川県国民健康保険審査会に審査の請求をすることができます。
- 処分の取消しの訴えについては、上記1の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができません。この処分の取消しの訴えは、この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、寒川町を被告として(訴訟において寒川町を代表するものは寒川町長となります。)、提起することができます。
 - 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。
 - 処分、処分の執行又は手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この処分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、また、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、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分(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をすることや処分の取消の訴えを提起することが認められる場合があります。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。