後期高齢者医療制度被保険者に対する傷病手当金の支給について

対象者について

以下の(1)(2)(3)のすべてに該当する人

(1) 鹿児島県後期高齢者医療制度の加入者

(2) お勤め先から給与の支払いを受けている方で労務に服することが出来ない期間に給与の支払いを受けられない方

※給与収入の額が、規定により算定される傷病手当金の額よりも少ないときは、その差額を支給します。

(3) 新型コロナウイルス感染症に感染した人、または発熱等の症状があり感染が疑われ、仕事に行くことができず、その期間が３日間を超える方

支給額

直近の継続した３か月間の給与収入の合計額÷就労日数×3 分の２×（労務に服することができない日数－3 日間）

適用期間

令和２年１月１日から 12 月 31 日の間で療養のため労務を服することができない期間（ただし、入院が継続する場合等は健康保険と同様、最長１年６月まで）

申請方法

申請は市町村窓口で受け付けます。

支給申請時に持参するもの（または郵送するもの）

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（被保険者記入用）

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（事業主記入用）

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）

本人確認書類

朱肉を使う印鑑

※申請には、医師の意見書（医療機関を受診した場合）および、事業主の証明が必要です。詳しくは、事前に電話などでご相談ください。

※新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため、申請書に必要事項を記載し押印のうえ、「支給申請時に持参するもの（または郵送するもの）」の写しを同封して、出来るだけ郵送による申請をお願いします。