

## 国民健康保険・後期高齢者医療被保険者への 傷病手当金の支給

支 給 対 象 者	<p>次の条件をすべて満たす方</p> <p>(1) 和寒町国民健康保険被保険者又は北海道後期高齢者医療被保険者であること</p> <p>(2) 勤務先から給与の支払いを受けている被用者であること</p> <p>(3) 新型コロナウイルス感染症に感染又は発熱等の症状があり感染が疑われ、その療養のため就労できなかった期間があること</p> <p>(4) 就労できなかった期間において、就労を予定していた日があり、その給与の全額又は一部の支給を受けられなかったこと</p>
支 給 対 象 期 間	<p>就労できなかった期間のうち、始めの3日間連続して仕事を休んだ期間（待機期間）を除いた4日目以降の休みの期間（入院が継続する場合は最長1年6か月）</p> <p>※4日目の休みが令和2年1月1日から令和2年9月30日までの期間に属することが必要</p>
支 給 対 象 日 数	就労対象期間において、就労を予定していた日数
支 給 金 額	<p>(直近の継続した3か月間の給与収入の合計額÷就労日数)</p> <p style="text-align: right;">× 2/3 ×支給対象日数</p>
申 請 期 限	<p>休業した日の翌日から起算して2年間</p> <p>※申請される場合は事前にお問い合わせください。</p>
問 合 せ	住民課保険医療係 (☎32-2422)