

大阪府後期高齢者医療広域連合 新型コロナウイルス感染症  
に感染した被保険者等に係る傷病手当金支給規則

令和 2 年 4 月 1 7 日  
大阪府後期高齢者医療広域連合規則第 1 0 号

(趣旨)

第 1 条 この規則は、大阪府後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例（平成 1 9 年大阪府後期高齢者医療広域連合条例第 2 5 号。以下「条例」という。）附則第 3 条第 1 項に定める新型コロナウイルス感染症に感染した被保険者等に係る傷病手当金の支給に関し必要な事項を定めるものとする。

(支給の申請等)

第 2 条 条例附則第 3 条第 1 項の規定により傷病手当金の支給を受けようとする者は、後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（様式第 1 号）を広域連合長に提出しなければならない。

2 広域連合長は、前項の申請書の提出があったときは、速やかに支給又は不支給を決定し、後期高齢者医療給付支給決定通知書又は後期高齢者医療給付支給申請却下通知書により当該申請者に通知するものとする。

(支給決定の取消し等)

第 3 条 広域連合長は、前条第 2 項の規定による支給決定の通知を受けた者が偽りその他の不正な手段により傷病手当金の支給を受けたとき又は受けようとしたときは、当該支給決定を取り消すことができる。

2 前項の規定により支給決定を取り消した場合において、既に傷病手当金が支給されているときは、期限を定めて、その返還をさせるものとする。

(適用期間の終期)

第 4 条 大阪府後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例の一部を改正する条例（令和 2 年大阪府後期高齢者医療広域連合条例第 6 号）附則の規則で定める日は、令和 5 年 5 月 7 日とする。

(補則)

第 5 条 この規則に定めるもののほか、新型コロナウイルス感染症に感染

した被保険者等に係る傷病手当金の支給に関し必要な事項は、広域連合長が定める。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和 2 年規則第 1 2 号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和 2 年規則第 1 3 号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和 3 年規則第 3 号）

（施行期日）

- 1 この規則は、公布の日から施行する。  
（経過措置）
- 2 改正前の様式第 1 号により作成した用紙は、当分の間、所用の調整をしたうえ、それぞれ改正後の様式第 1 号により作成した用紙として使用することができる。

附 則（令和 3 年規則第 1 3 号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和 3 年規則第 1 4 号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和 3 年規則第 1 7 号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和 4 年規則第 3 号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和４年規則第９号）

この規則は、公布の日から施行し、この規則による改正後の大阪府後期高齢者医療広域連合 新型コロナウイルス感染症に感染した被保険者等に係る傷病手当金支給規則第１条及び第２条の規定は令和４年４月１日から適用する。

附 則（令和４年規則第１６号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和４年規則第１７号）

（施行期日）

第１条 この規則は、令和５年１月１日から施行する。

（経過措置）

第２条 この規則による改正前の様式第１号は、当分の間、公金受取口座の利用を希望しない者について使用することができる。

附 則（令和５年規則第１５号）

この規則は、公布の日から施行する。

## 後期高齢者医療傷病手当金支給申請書①（被保険者記入用）

被保険者情報	被保険者番号			個人番号			
	(フリガナ)			生年月日	年 月 日		
	氏名						
住所							
振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他( )			本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他( ) ※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 その他( )	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。						
受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 ※ 給付金等の受取口座として、国に事前登録した公金受取口座を利用する場合は、「 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。」にチェック(✓)してください。 ※ 公金受取口座を利用する場合は、振込先の記載は不要です。						
上記のとおり申請します。  年 月 日  住 所 電話 番 号  申請者氏名 大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛							

【受取代理人の欄】（被保険者以外の方が受領する場合は、記入が必要です。）

被保険者	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。 (被保険者が手書きしない場合は、記名押印してください)		年 月 日
	氏名	住所	
代理人 (口座名義人)	〒 ー		被保険者との関係
	(フリガナ)		
	氏名		

保険者 記入欄	支給決定額

# 後期高齢者医療傷病手当金支給申請書②(被保険者記入用)

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 ( 時頃)
①医療機関の受診状況		1. 受診した	2. 受診していない
(①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
(①で「受診していない」と回答した場合) ③症状(期間などを具体的に)			
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 給与等の支払いを受けましたか。 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 与等の額と、その報酬支払の対象と なった(なる)期間をご記入ください。	年 月 日から 年 月 日まで	(給与等の額: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④～⑦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	⑧	
担当者氏名		電話番号	



# 後期高齢者医療傷病手当金支給申請書④(医療機関記入用)

医療機関担当者が意見を記入するところ	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																											
	労務不能と認められた期間		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										<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 公費(    ) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他																	
			年 月 日まで		転帰										<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 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															診療実日数						日						
			年 月		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															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																											
					年 月 日																											
				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														電話番号														