◇　傷病手当金を申請いただく際に必ずご確認ください　◇

1　傷病手当金支給申請を行うための基本的な条件をご確認ください。

「令和５年５月７日」以前に新型コロナウイルス感染症に感染した、または感染が疑われる症状（発熱・咳・倦怠感等）があった

いいえ → 支給対象外となります
（「令和５年５月８日」以降の感染や、濃厚接触者を理由とする休業、勤務先都合による休業などは対象外です。）

はい ↓

療養期間中、大阪市の国民健康保険または後期高齢者医療制度の被保険者である

いいえ → 支給対象外となります
（資格確認書、資格情報のお知らせ等をご確認いただき、発行元の保険者にお問い合わせください。）

はい ↓

事業主から雇用されており給与の支払いを受けている（被用者）

いいえ → 支給対象外となります
（事業所得のみ・年金収入のみ等の方は対象外です）

はい ↓

新型コロナウイルス感染症に感染等の理由により仕事を休んだ期間が４日以上連続していた（日数には公休日を含みます）

いいえ → 支給対象外となります
（症状がない濃厚接触者及び会社都合による休業なども対象外となります）

はい ↓

前質問の仕事を休んだ期間中、勤務先からの給与が減額または無給であり、休業手当又は他の制度などから給付を受けていない

いいえ → 支給対象外となります
（他の制度と重複して支給を受けることはできません）

はい ↓

傷病手当金支給申請のための基本的な条件が確認できました。

次ページの留意事項をご確認のうえ、申請書を作成してください。

記入例も
ご覧ください

２　申請書の記入にあたり留意いただきたい事項

★　**申請書の記入にあたっては、消せないボールペンで記入してください。**

様式１　**◇誓約兼同意書について、確認いただき☑（チェック）をお願いします。**
※誓約及び同意がないと手続きができません。
◇外国籍の方など、口座名義（カタカナ）の記載に不安な方は、**口座名義がわかる通帳等のコピーをご提出ください。**

様式２　◇③**「症状」**欄は、記入例を参考に**詳しく内容をご記入ください。**
◇最下欄については、**必ず事業主の方に記入・押印による証明をいただいてください。**

様式３　**◇必ず事業主の方に記入していただいてください。**
◇「支給した賃金内訳」欄に記載する３箇月分の賃金について
→発症日以降、連続で休んだ４日目（支給基準日）を含む**給料月単位**で直近３カ月分です。
（例）発症日：9/13、給料の締日：9/15 の場合
→発症日から連続して休んだ４日目が 9/16（支給基準日）
→9/16 を含む給料月 9/16～10/15、前月 8/16～9/15、前々月 7/16～8/15 の３カ月
◇「賃金計算方法」の欄に入社日をご記入ください。
なお、発症日より前に一度も勤務がない場合は対象外になります。

様式４　**◇公的機関からの「My HER-SYS（ﾏｲﾊｰｼｽ）による療養証明書」、「療養期間証明書」又は「SMS（ｼｮｰﾄﾒｯｾｰｼﾞｻｰﾋﾞｽ）による通知」を印刷出力したもの、その他、新型コロナウイルス感染症に感染したことに起因して、他の機関が発行した証明書類なども代用可能です。**
証明可能な書類に関して不明な場合は、事前にご相談ください。
※なお、療養期間の終期の記載がない場合は、７日間以内の療養証明となります。（ただし、令和４年９月６日までに療養が終了した場合は 10 日間以内）

３　申請できる期限（時効）

労務に服することができなくなった日ごとに、その翌日から２年で時効となります。

４　その他の留意事項

- ◆ 申請書類の審査にあたっては、必要な書類がすべて整っている必要があります。
- ◆ 当初の申請書類提出後、個々の就労形態に応じて確認が必要な書類等（シフト表、給与明細、収入状況など）を、追加でご提出いただく場合がございます。そのため、大阪市から本人様や事業主様に確認書類の提出を求めたり、関係機関に事実確認を行う場合もございます。
- ◆ 申請書に記入漏れなどがあった場合のやり取りは、郵送でのやり取りとなります。
- ◆ 書類受付が込み合う時期は、審査に時間を要しますので、あらかじめご了承ください。
- ◆ 審査期間中は、支給の可否、金額、振込日などの内容のお問い合わせにお答えすることはできません。
- ◆ 支給決定しましたら、支給決定額、振込予定日について「療養費等支給決定通知書」を送付いたします。

５　最後に各申請書に記入漏れ、誤りがないか、もう一度ご確認ください。☑

① 様式１　□　**「振込先」欄は、すべて記入**されていますか。
② 様式２　□　**「事業主記入欄」**に、**記入・押印**がありますか。
③ 様式３　□　**「事業主が証明するところ」欄**に、**記入・押印**がありますか。
④ 様式４　□　**取得が難しい場合は、代替書類の添付がありますか**

６　申請書の提出は、以下の提出先に郵送願います。

（お問い合わせ）傷病手当金担当　　電話：０６－６２０８－７９８３　　ＦＡＸ０６－６２０２－４１５６
（提出先）ご自身で封筒をご用意いただく場合、以下の宛名をご活用ください。切手代は自己負担になります。

＜　切り取り線　＞　　※はがれないよう貼付ください

〒530-8201 大阪市北区中之島１丁目３番 20 号　４階
大阪市福祉局生活福祉部保険年金課給付グループ 傷病手当金担当　行