

傷病休業見舞金に関する新型コロナウイルスへの対応について

1. 傷病休業見舞金の適用範囲の拡充

当センターの慶弔見舞金の対象事由には傷病により14日以上連続して休職した場合に傷病休業見舞金が適用され、新型コロナウイルス感染者については傷病休業見舞金の対象となります。

また、感染が確認された方が同居家族や職場の同僚などにいた場合で保健所等から自宅待機という判断をされた方については、新型コロナウイルス感染の有無にかかわらず自宅待機期間が14日以上休職となった方について、特例として傷病休業見舞金の対象として取り扱います。

2. 傷病休業見舞金の請求方法

(1) 慶弔見舞金請求書の傷病休業の欄に必要事項を記入してください。

○新型コロナウイルス感染症が陽性の場合

傷病名: 医師の診断により示された傷病名(肺炎など)

医療機関名: 治療を受けた病院名

休業期間: 連続して14日以上休業した年月日

添付書類: 医師の診断書もしくは出勤簿の写しなど

○新型コロナウイルス感染疑い等の理由で自宅待機措置が取られた場合で、14日以上連続して休んだ場合

傷病名: 新型コロナウイルス感染症疑い

医療機関名: 自宅待機を判断した医療機関、保健所等の判断した機関名

休業期間: 連続して14日以上休業した年月日

添付書類: 出勤簿の写しや事業主による証明(別途様式あり)

(2) 請求書の提出方法

当センターへの郵送もしくは、勤務先での書類受取になります。

送付先 〒024-0095 北上市芳町2-8

一般社団法人北上地区勤労者福祉サービスセンター

3. 傷病休業見舞金の支払方法

会費引落口座への振込になります。ただし、その他口座へのお振込みをご希望の場合はご相談ください。

慶弔見舞金請求書

一般社団法人北上地区勤労者福祉サービスセンター御中

下記の事由があったことを証明し、請求いたします。

慶弔見舞金に関する個人情報、慶弔見舞金の維持管理・支払などの判断に関する業務の目的のために利用されることに同意します。

請求日	年 月 日
会員番号	—
会員氏名	(印)
入力 No.	

会員番号及び氏名の記載と押印は忘れずに!!

対象事由	事由発生内容	対象事由	対象者名
結婚	配偶者名	子の 入園	対象者名
	生年月日		年 月 日
傷病 休業	傷病名	家族 の 死亡	対象者名
	医療機関名		死亡年月日
勤続祝	休業期間	介護 休業	介護者氏名
	年 月 日～ 年 月 日(日)		休業期間
勤続祝	入社年月日		年 月 日～ 年 月 日(日)
添付書類	添付書類		

- 新型コロナウイルス感染症が陽性の場合
 - 傷病名: 医師の診断により示された傷病名(肺炎など)
 - 医療機関名: 治療を受けた病院名
 - 休業期間: 連続して14日以上休業した年月日
 - 添付書類: 医師の診断書など

- 新型コロナウイルス感染疑い等の理由で自宅待機措置が取られた場合で、14日以上連続して休んだ場合
 - 傷病名: 新型コロナウイルス感染症疑い
 - 医療機関名: 自宅待機を判断した医療機関、保健所等
 - 休業期間: 連続して14日以上休業した年月日
 - 添付書類: 事業主による証明(別途様式あり)他

請求額	円
-----	---

受付印

※証明書類を必ず添付してください。
 ※捺印にはシャチハタタイプのスタンプ印は使用しないでください。

※新型コロナウイルス感染症疑いの場合

新型コロナウイルス感染症疑いによる傷病休業見舞金請求の証明書

以下の者について新型コロナウイルス感染症疑いのため、自宅待機を指示したことを証明する。

会員番号	会員氏名
コロナウイルス 感染症疑い の根拠	1. 同居家族の感染 2. 職場での感染 3. その他 (具体的に)
休職期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで

申請日: 令和 年 月 日

事業所住所

事業所名

代表者名

印