

事 務 連 絡  
令和 2 年 12 月 7 日

所属所  
共済組合事務担当課長 様

熊本県市町村職員共済組合福祉課

新型コロナウイルス感染症に関する「共済制度補完事業  
(医療費支援制度)」の請求について (通知)

日頃より当組合の業務運営につきまして、ご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、新型コロナウイルス感染症に罹患し入院した場合は、医療費支援制度の保険金の支払対象になり、下記の場合も同様に、保険金の支払対象になりますので、同制度加入の組合員の皆様へ周知方よろしく申し上げます。

なお、本通知は、当共済組合ホームページに掲載 (令和 2 年 12 月 10 日予定) しますことを申し添えます。

記

**【臨時施設等や自宅での療養を行った場合の取扱い】**

- 新型コロナウイルス感染症の影響拡大による病院事情 (満床等) により、医師の指示・診断に基づき臨時施設等や自宅で入院と同等の療養を行った場合には、病院等に入院したものとみなして保険金の支払対象になります。
- 添付書類
  - ・ 医師または医療機関の証明 (写)
    - ※ 別添様式「宿泊・自宅療養証明書 (新型コロナウイルス感染症専用)」をご確認ください。
    - この様式は、厚生労働省のホームページに掲載されております。

〈お問い合わせ先〉  
熊本県市町村職員共済組合  
福祉課 担当：野田・阿蘇品  
TEL：096-365-1900

## 宿泊・自宅療養証明書（新型コロナウイルス感染症専用）

本証明書は、医師、病院・診療所・自治体・保健所等の担当者のいずれかの方がご証明ください。

1. 宿泊療養・自宅療養を受けた方 (氏名)		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
2. 傷病名	<b>新型コロナウイルス（COVID-19）感染症</b>				
3. 治療経過	PCR検査陽性 判明日                      年              月              日  【補足事項がある場合にはご記入ください】				
4. 宿泊療養（※） をした期間	期間                      年              月              日              ～              年              月              日				
5. 宿泊施設の名称	施設名				
6. 自宅療養（※） をした期間	期間                      年              月              日              ～              年              月              日				
上記のとおり証明します。			記入日	年      月      日	
所在地			医師 ・ 担当者	（該当するものに○囲み）	
名称			担当者の場合：	役職名	
電話番号			証明者氏名	_____	

（※） 宿泊療養および自宅療養とは、以下の①および②に該当する場合をいいます。

- ①2020年4月2日付の厚生労働省の「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養及び自宅療養の対象並びに自治体における対応に向けた準備について」等に定められている宿泊療養または自宅療養であること。
- ②感染症法上、入院措置が必要にもかかわらず、医療機関の事情により宿泊療養または自宅療養していること。