

令和2年 月 日

事 業 主 様

全国歯科医師国民健康保険組合

新型コロナウイルス感染症に感染した被用者等に対する
傷病手当金の支給申請に必要な証明について（ご依頼）

平素は本組合運営に多大なご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

この度、国の新型コロナウイルス感染症に関する緊急対応策「第2弾」への対応としまして、新型コロナウイルス感染症に感染した被用者である本組合の被保険者（発熱等の症状があり感染が疑われる者も含む。）に対し、傷病手当金の支給を行う事となりました。

国からの通知により、組合員が傷病手当金支給の申請をする際に、事業主様の給与支給状況・証明書の添付が求められております。

被用者様からご請求のあった場合は、ご対応の程よろしくお願いいたします。

ご多忙中と存じますが、傷病手当金の円滑な支給にご協力をいただきますようお願いいたします。

【問合せ先】

全国歯科医師国民健康保険組合 東京事務所

〒166-0002

東京都杉並区高円寺北2-24-2

電 話 03-3336-8818

FAX 03-3336-8838