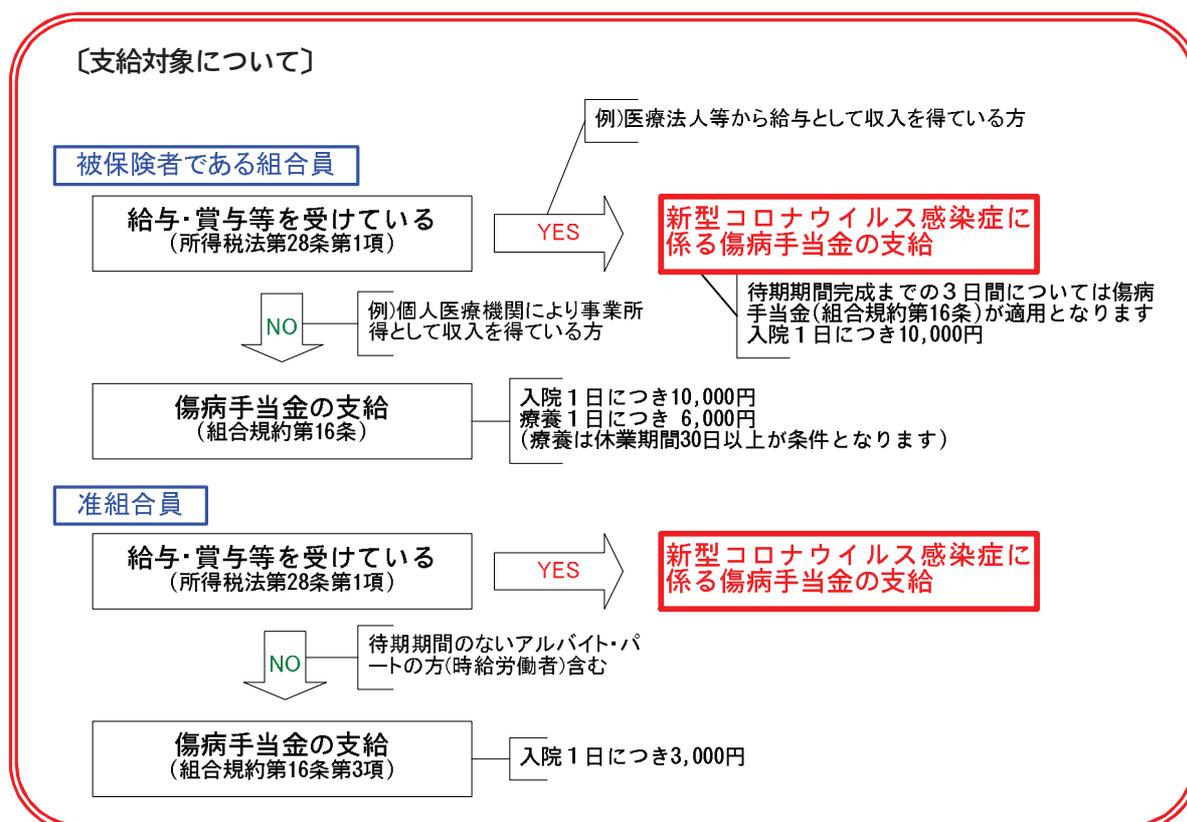


新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金の支給について〔第8報〕

令和4年9月21日発行

本組合は、「新型コロナウイルス感染症」に係る感染等の影響に対して、組合規約第16条「傷病手当金」において、事業所から給与等の支払いを受けている被保険者が新型コロナウイルス感染症に感染又は発熱等での症状で感染が疑われた場合に、療養のため労務に服することが出来なかった期間について傷病手当金の支給することと規定しております。〔組合規約一部改正：理事専決(R4.9.21)適用期間の変更〕

本傷病手当金の支給を受けるためには以下の要件で申請が必要となります。申請様式の請求や記入方法など、ご不明な点は医師国保組合事務局までお知らせください。申請様式は組合のホームページにも掲載しております。



1. 支給を受ける条件

- 1) 新型コロナウイルス感染症に感染した又は発熱等の症状があり感染が疑われる被保険者
- 2) 被保険者区分：組合員、准組合員（支給額算定に必要な継続した3月間の給与等の支払いを受けている方）
- 3) 3日間連続で仕事を休み（待機期間完成*）、4日目以降も休んでいること（待機期間完成に要した3日間に対しては支給されません）

改正点：期限の変更

2. 適用となる期間及び支給対象日

- 1) 適用となる期間は、令和2年1月1日から令和4年12月31日までの間。
- 2) 支給対象日は、療養のため労務に服することができない期間のうち就労を予定していた日。但し、入院が継続する場合等は支給を始めてた日から起算して最長1年6ヶ月まで。

3. 支給額

$$\begin{array}{|c|} \hline \text{1日当たりの支給額} \\ \hline \text{(直近の継続した3月間の給与と収入の合計額} \\ \text{÷就労日数} \times (2/3)) \\ \hline \end{array} \times \begin{array}{|c|} \hline \text{支給対象となる日数} \\ \hline \end{array} = \begin{array}{|c|} \hline \text{支給額} \\ \hline \end{array}$$

※ 1日当たりの支給額については、社会保険の最高等級の標準報酬月額1/30に相当する金額(令和2年3月末現在、最高等級の標準報酬月額139万円：日額30,887円)を超える時は、その金額とする。

※ 給与の全部や一部を受けた場合は、支給額の調整や不支給となる場合があります。

4. 支給申請様式

- 1) 国民健康保険傷病手当金支給申請書(組合員・准組合員 記入用)
 - ✦ 該当者・振込口座・受領委任等を記入して下さい。
- 2) 同 (被保険者記入用)
 - ✦ 医療機関への受診状況・休んだ期間等を記入して下さい。
 - ✦ 医療機関に受診していない場合は、事業主の証明が必要です。
- 3) 同 (事業主記入用)
 - ✦ 無給休暇の日・直近3ヶ月間の出勤状況・賃金支給状況を記入して下さい。
- 4) 同 (医療機関記入用)
 - ✦ 受診した医療機関に提出して、受診日・症状・所見等を記入してください。
 - ✦ 支給額算定のために受診した医療機関ごとに必要です。
 - ✦ 診断書に記載があれば代用できます。 ※感染が疑われる場合の休業指示についても第三者(行政機関・医療機関等)発行の証明が必要となります。

5. その他

- 1) 同一期間において組規約第16条(傷病手当金)との併給はできません。また、国の財政支援制度の適用を受けるため、その他の国等の制度との併給もできないことがあります。その場合、支給額が調整されることがあります。
- 2) 業務に起因した感染等の場合は、当該傷病手当金ではなく、原則として労災保険の対象となります。労災保険の休業補償給付を受けている期間中は、傷病手当金は支給されません。
- 3) 個人事業所や法人事業所の事業主に対しては、国の「持続化給付金」等の支援を受けられる場合があります。

* 待期期間完成の考え方

凡例 休：無給休暇、有：有給休暇、公：土日祝や定休日等の事業所で定められた休暇、出：出勤

例1) 3日間連続して仕事を休んだ場合 ○ 待期完成

休1 休2 休3

例2) 3日間連続して仕事を休んでいない場合 × 待期未完成

休1 休2 出 休1 休2

例3) 出勤を挟み、その後3日間連続して仕事を休んだ場合 ○ 待期完成

休1 出 休1 休2 休3

例4) 公休日、有休日3日間連続して仕事を休んだ場合 ○ 待期完成

有1 公2 休3

【お問合せ先】

島根県医師国民健康保険組合

〒690-8535 松江市袖師町1番31号 島根県医師会館内

TEL：0852-26-3100 FAX：0852-26-3104

URL：<https://shimane-ikokuho.or.jp> E-mail：isi-kokuho@ns.shimane.med.or.jp

国民健康保険傷病手当金支給申請書(組合員・准組合員 記入用)

被保険者情報	被保険者証 記号番号	60-01234-000	組合員または 准組合員 氏名	国保 一郎										
	(フリガナ)	コクホ ジロウ			生年月日	昭和 平成 元年 1 月 1 日								
	氏名	国保 二郎												
住所	△△県〇〇市□□町1丁目2番3号													
振込先	金融機関 名称	国保 <small>銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他()</small>				中央 <small>本店 支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他()</small> ※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		1	2	3	4	5	6	7	
	口座名義(カタカナ)	コ	ク	ホ		シ	、	ロ	ウ					
		※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。												
上記のとおり申請します。 令和4年8月10日 住所 〒690-0000 松江市□□町1丁目2番3号 電話番号 0852-34-7890 組合員・准組合員 氏名 国保 一郎 島根県医師国民健康保険組合理事長 様														

【受取代理人の欄】(組合員・准組合員以外の方が受領する場合は、記入が必要です。)

組合員 ・ 准組合員	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。 令和4年4月15日													
	氏名	国保 太郎				住所	同上							
代理人 (口座名義人)	〒123-4567 〇〇市□□町1丁目2番3号										組合員・准組合員 との関係			
	(フリガナ)	コクホ ジロウ										子		
	氏名	国保 二郎												

保険者 記入欄	支給決定額												
	56,770円												

国民健康保険傷病手当金支給申請書 (被保険者記入用)

被保険者氏名	
--------	--

症状が出た日	令和 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	令和 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		令和 年 月 日									
		令和 年 月 日									
		令和 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)											
③療養のために 休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	④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								
⑤ 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										
⑥ ⑤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。	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	(給与等の額:円) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									

(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	令和 年 月 日
	上記③～⑥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	⑩
担当者氏名	電話番号

国民健康保険傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

被保険者氏名	国保 二郎
--------	-------

症状が出た日	令和4年3月10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	令和4年3月13日 (午前11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	令和 4 年 3 月 13 日										
	令和 年 月 日										
	令和 年 月 日										
①で「受診していない」と回答した場合) ③症状(具体的に)											
③療養のために 休んだ期間	令和4年3月10日から 令和4年3月27日まで	④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。)	7日								
⑤ 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										
⑥ ⑤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。	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	(給与等の額:円)	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								

(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	令和 年 月 日		
	上記③～⑥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	印		
担当者氏名		電話番号	

国民健康保険傷病手当金支給申請書(事業主記入用)

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名																
	①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)により、労務に服することができなかった期間の属する月における勤務状況 上記の事由による無給休暇の日数を×で表示してください。															左記の事由による 無給休暇の日数	
	令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
	令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
	②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)により、労務に服することができなかった期間の属する月の直近3か月の勤務状況 【出勤は○】、【有給休暇は△】、【上記の事由による無給休暇は×】、【その他の休暇(賃金が生じる)は=】、【その他の休暇(賃金が生じない)は/】でそれぞれ表示してください。															賃金が生じた日数の計 (○、△、= の計)	
	令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
	令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		31
②の期間に対して、賃金を支払いましたか？	1. はい	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 時間給	賃金計算	締日		日									
	2. いいえ		<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 歩合給		支払日		日									
								1. 当月									
								2. 翌月									
②の期間の課税対象となる賃金支給状況をご記入ください。ただし、期末勤勉手当(賞与)は除く。																	
支給した賃金内訳	期間	単価(円)	月 日 ~		月 日 ~		月 日 ~										
	区分		月 日 分		月 日 分		月 日 分										
			(A)支給額(円)		(B)支給額(円)		(C)支給額(円)										
	基本給																
	時給																
	手当																
	手当																
	手当																
現物給与																	
計																	
			賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)					円									
賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。																	
令和 年 月 日																	
上記のとおり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 (印)																	
担当者氏名				電話番号													

国民健康保険傷病手当金支給申請書(事業主記入用)

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

被保険者氏名		国保 二郎																	
①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)により、労務に服することができなかった期間の属する月における勤務状況 上記の事由による無給休暇の日数を×で表示してください。												左記の事由による 無給休暇の日数							
令和4年3月		①	2	③	④	⑤	6	⑦	⑧	9	×	×	×	13	× ⁴	× ⁵	15 日		
		16	×	×	×	20	21	× ²	23	×	×	2×	27	×	×	30			× ¹
令和 年 月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			31
②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)により、労務に服することができなかった期間の属する月の直近3か月の勤務状況 【出勤は○】、【有給休暇は△】、【上記の事由による無給休暇は×】、【その他の休暇(賃金が生じる)は=】、【その他の休暇(賃金が生じない)は/】でそれぞれ表示してください。												賃金が生じた日数の計 (○、△、= の計)							
令和3年12月		1	②	③	④	5	⑥	⑦	8	⑨	⑩	⑪	12	⑬	⑭	15	20 日		
		⑩	⑬	⑭	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
令和4年1月		1	2	3	4	5	⑥	⑦	⑧	9	10	⑪	12	⑬	⑭	×	16 日		
		16	⑬	⑭	19	20	21	×	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
令和4年2月		①	2	③	④	⑤	6	⑦	△	9	⑩	11	⑫	13	⑭	⑮	18 日		
		16	⑬	⑭	1×	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
令和 年 月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			31
事業主が証明するところ	②の期間に対して、賃金を支払いましたか?		1. はい		給与の種類		<input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他		賃金計算		締日 毎月末 日		支払日 1. 当月 10 日		2. 翌月				
	②の期間の課税対象となる賃金支給状況をご記入ください。ただし、期末勤勉手当(賞与)は除く。																		
支給した賃金内訳	期間	単価(円)		12月1日 ~ 12月31日 分				1月1日 ~ 1月31日 分				2月1日 ~ 2月28日 分							
	区分			(A)支給額(円)				(B)支給額(円)				(C)支給額(円)							
	基本給	240000		240000				216000				228000							
	時給																		
	通勤手当	8000		8000				7200				7600							
	手当																		
	手当																		
	現物給与																		
計			248000				223200				235600								
										賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)				706800 円					
賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。																			
令和 4 年 4 月 5 日																			
上記のとおり相違ないことを証明します。																			
事業所所在地 ●●市■■町1丁目2番3号																			
事業所名称 (医)国保クリニック																			
事業主氏名 国保 太郎 																			
担当者氏名		国保 花子				電話番号				123-456-7890									

国民健康保険傷病手当金支給申請書 (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	令和 年 月 日																																																
	発病年月日	令和 年 月 日										発病の原因																																																	
	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から																																																											
		令和 年 月 日まで																																																											
	うち、入院期間	令和 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																																																
		令和 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。	令和 年 月	<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table>																										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	診療 実日数	日
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																													
		令和 年 月	<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table>																										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	診療 実日数	日
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																															
令和 年 月	<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table>																										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	診療 実日数	日		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																															
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	令和 年 月 日																																																	
											退院年月日	令和 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																																																													
令和 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 (印) 電話番号																																																													

国民健康保険傷病手当金支給申請書 (医療機関記入用)

※ 各保健所から発行される「宿泊・自宅療養証明書（新型コロナウイルス感染症専用）」又は「My HER-SYSによる宿泊療養又は自宅療養を証明する書類（療養証明書）画面の写し」が代用できます。

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名	国保 二郎										
	傷病名	新型コロナウイルス感染症による呼吸器疾患(肺炎)	初診日	令和 4 年 3 月 13 日								
	発病年月日	令和 4 年 3 月 10 日		発病の原因 不詳								
	労務不能と認められた期間	令和 4 年 3 月 10 日から										
		令和 4 年 3 月 31 日まで										
	うち、入院期間	令和 4 年 3 月 10 日から		療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input checked="" type="checkbox"/> 公費(感染症) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他							
		令和 4 年 3 月 31 日まで		転帰	<input checked="" 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。	令和 4 年 3 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 (10) (3)								診療実日数	22 日
		令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31								診療実日数	日
		令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31								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)												
新型コロナ感染症の感染の疑いのため、3/10初診。検査の結果陽性であり、肺炎の症状がみられたため同日から入院。2週間程度で症状の改善が見られ、3/31に実施した検査において陰性となったため退院。			手術年月日	令和 年 月 日								
			退院年月日	令和 4 年 3 月 31 日								
症状経過から見て従来職種について労務不能と認められた医学的な所見												
肺炎の症状の改善後も感染拡大防止の観点から、検査が陰性となるまでは入院が必要であったため、入院期間は労務不能と判断した。												
令和 4 年 4 月 10 日												
上記のとおり相違ありません。												
医療機関の所在地		◇◇市 × × 町2番3号										
医療機関の名称		国保総合病院										
医師の氏名		国保 二郎			電話番号 345-678-9012							

お知らせ

◇ 新型コロナウイルス感染症に係る自家診療の自粛について（お願い）

依然として感染拡大が続いている「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）（以下、「コロナ」）」ですが、一部の組合員の先生方から、自院の医師国保組合被保険者（特に従業員）に対し、“PCR検査などコロナ関連診療を行った場合の保険請求は出来ないか”とのお問い合わせが多くあります。

本組合では、「運営規程 第13条（自家診療）」により「組合員が、自家において、当該組合員、被保険者である家族又は准組合員を診療した場合は、療養の給付を行わない。」としております。

新型コロナウイルス感染症への対応として、①国の財政支援による傷病手当金支給要件の拡大を行っていること（前記）、②組合員が自家診療の自粛要件を遵守されていることから、一部認可という特例に公平性の担保が出来ないのではといったことから、本件につきましても同様の対応とさせていただきます。

医療提供体制の確保や、自院外で検査を行うことの感染拡大リスクの軽減など、事情はお察しいたしますが、どうかこの趣旨にご賛同のうえご協力賜りますようお願い申し上げます。

本組合は、医療保険者でありながら医療提供者でもある組合の特殊な事情を慮り、健全な事業運営を行う上で「自家診療の自粛」は必要な措置であるとして設立当初から規定し遵守いただいております。他の医療保険者より安価な保険料設定等を守るための医師国保組合特有の仕組みであります。これは、他の医師国保組合でも同様の考えで自家診療の自粛をお願いされておりますことを申し添えます。

〔補足〕自家診療における制限

- ① 組合員が自己に対して療養を行ったとき
- ② 組合員がその世帯に属する被保険者に対して療養を行ったとき
- ③ 組合員が当該組合員に雇用されている従業員に対して療養を行ったとき
- ④ 同一保険医療機関(分院を含む)において、他の医師が当該組合員及びその世帯に属する被保険者に対して療養を行ったとき
- ⑤ 同一保険医療機関(分院を含む)において他の医師が、開設者である組合員に雇用されている従業員に対して療養を行ったとき

～ 保険加入、保険給付、各種健診費用助成等どんなことでもお気軽にお問い合わせください ～

島根県医師国民健康保険組合 Tel : 0852-26-3100 URL : <https://shimane-ikokuho.or.jp>

感染を防ぐ！生活習慣

感染症は、乳幼児から高齢者まで、誰もがかかる可能性があります。感染症から身を守るために、普段から取り組んでおきたいこと。それは、予防対策と抵抗力の高い体づくりです。一人ひとりが、できることから確実に実践し、感染しないよう心掛けましょう。

正しい手洗い

外出先から帰ったとき、調理の前後、食事前など、小まめに石けんで手を洗いましょう。

正しい手の洗い方

手洗いの前に

- ・爪は短く切っておく
- ・時計や指輪は外しておく



流水でよく手をぬらし、石けんをつけ、手のひら、手の甲、指先、指の間、親指と手のひらをねじり洗いし、手首も忘れずに洗う

十分に水で流し、清潔なタオルやペーパータオルでよく拭き取って乾かします。

アルコール製剤で手を消毒するのも効果的です



咳エチケット

咳やくしゃみが出る時、特に電車や職場、学校など、人が多く集まる場所では、マスクの着用を含めた咳エチケットの徹底を。



マスクを正しく着用する
(口・鼻を確実に覆う)



マスクがないとき

ティッシュ・ハンカチなどで口・鼻を覆う(素手で覆うのはやめましょう)



とっさのとき

袖や上着の内側で口・鼻を覆う

感染症に負けない体づくり

普段から規則正しい生活で感染しづらい環境を整え、健康を維持・向上しましょう。

十分な睡眠をとる

睡眠不足で免疫の働きは低下します。十分な睡眠をとって抵抗力アップを。



栄養バランスの良い食事を心掛ける

さまざまな種類の食材をとり、体力・抵抗力を高めましょう。



ストレスは適度に発散する

ストレスを受けると、自律神経が乱れて抵抗力が弱まります。



体を温める

体が冷えると血流が悪くなり抵抗力が落ちます。食事、運動、入浴など、体を温める習慣づくりを。



人混みはなるべく避ける

特に高齢の方や基礎疾患のある方などは不要不急の外出を控えましょう。



部屋の換気を適度に行う

部屋のウイルス量を減らすために、窓や扉を開けて空気を新鮮に保ちましょう。



予防接種を受ける

感染症には、ワクチンで予防できるものがあります。ワクチンを打つことで、あらかじめその病原体に対する免疫をつくり、たとえ病原体が体内に侵入しても、発病しない、もしくは発病しても症状が軽く済むようになります。



～保険加入、保険給付、各種健診費用助成等どんなことでもお気軽にお問い合わせください～

島根県医師国民健康保険組合

【所在地】〒690-8535 松江市袖師町1番31号 島根県医師会館内 【電話】(0852)26-3100 【FAX】(0852)26-3104

URL: <https://shimane-ikokuho.or.jp> E-mail: isi-kokuho@ns.shimane.med.or.jp