

【医療機関→国保連→都道府県】医療機関等情報_新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金

申請日	令和2年7月1日	(入力形式) 西暦4桁/月/日 半角、スラッシュ区切り (表示は、元号表示になります)	様式5・様式5別紙 (派遣・委託による従事者)への記載	有り
-----	----------	--	--------------------------------	----

施設概要

医療機関コード	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	施設名称 (自動表示)	医療法人〇〇 △△病院	
管理者職名	病院長	管理者氏名	〇〇〇〇	※申請者は管理者となります。
連絡先	担当部署	担当者氏名	連絡先電話番号	連絡先メールアドレス
	〇〇部	〇〇〇〇	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇〇〇@〇〇. 〇〇
所在地	郵便番号		都道府県名	市区町村以降
	-		〇〇県	〇〇〇〇

国又は自治体が設置する医療機関等において制度上の問題により、医療従事者への迅速な振込ができない医療機関である	はい	自治体等において補正予算の対応が速やかに行うことができる場合には通常通り、貴医療機関等において受領することができます。
--	----	---

新型コロナウイルス感染症患者の受け入れについて

当該都道府県における始期	2020/4/1	【施設類型】 1 新型コロナウイルス感染症患者の入院受入を割り当てた医療機関 2 帰国者・接触者外来を設置する医療機関 3 地域外来・検査センター 4 宿泊療養受入施設での対応 5 自宅療養を行う場合の新型コロナウイルス感染症患者に対するフォローアップ業務 6 1～5以外の病院及び診療所 7 訪問看護ステーション 8 助産所
施設類型		
都道府県から役割指定を受けた日		(形式) 西暦4桁/月/日 半角、スラッシュ区切り
新型コロナウイルス感染症患者を最初に受け入れた日		(形式) 西暦4桁/月/日 半角、スラッシュ区切り ※「最初に受け入れた日」は、新型コロナウイルス感染症患者に対して入院診療を行った日(帰国者・接触者外来を設定する医療機関においては、疑い例を含め診療を行った日)となります。
対象期間起点日	2020/4/1	

口座情報

国保連合会に登録されている口座は債権譲渡されていない (助産所コードを有さない助産所は、「いいえ」を選択してください)	はい	債権譲渡されていない場合は、「はい」を選択して下さい。債権譲渡されている場合は、国保連に登録されている口座への補助金の振込ができませんので、債権譲渡されていない口座の情報を提出していただく必要があります。				
国保連合会による当該口座の債権譲渡に関する確認結果が都道府県に共有されることに同意する	はい	本事業は国保連合会のシステムを活用した慰労金交付を予定しています。交付の過程において、国保中央会保有の口座債権譲渡有無に係る情報が、都道府県に共有されることがあります。同意いただける場合は「はい」を選択してください。				
国保連合会に登録されている口座情報を本事業の振込に使用することに同意する	はい	同意いただける場合は、「はい」を選択して下さい。				
金融機関名	金融機関コード	支店番号(店番)	預金種別 1:普通 2:当座 4:貯蓄	口座番号	口座名義 (半角カタカナ) 姓と名の間に半角スペース5個	金融機関名を、リスト入力して下さい。 金融機関コードが表示されないか、正しくない場合は、手入力して下さい。
銀行名	金融機関コード					
上記の口座情報を都道府県が本事業の振込に使用することに同意する						はい

※今回の慰労金は、所得税法の非課税規定に基づき、非課税所得に該当します。また、令和二年度特別定額給付金等に係る差押禁止等に関する法律に基づき、受給権について、譲り渡し、担保に供し、又は差し押さえることが禁止され、支給を受けた金銭についても、差し押さえることが禁止されています。

※なお、本事業実施のために新たに入手・共有された情報は本事業のみに用い、その他の目的で使用されることはございません。

慰労金交付申請額

科目	人数	申請額 (円)
慰労金	3	400,000
振込手数料		3,000
合計申請額 (円)		403,000

都道府県 知事殿

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金 代理申請・受領委任状

下記の者は、

- ① 今回の新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金の申請以外に、個人申請並びに他の医療機関や介護・障害施設から慰労金の給付申請を行わないこと及び、
- ② 申請内容に虚偽があった場合又は複数機関等から慰労金の給付を受けた場合は、不当利得として速やかに都道府県知事に慰労金を返還することを確認・誓約し、

医療法人〇〇 △△病院 〇〇〇〇 を代理申請・受領者と定め、
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金の申請及び受領に関する権限を委任します。

(注意事項)

- ・ この委任状は、都道府県への提出は不要です。ただし、慰労金の代理申請及び受領を証するものとして、都道府県からの求めがあった場合に速やかに提出できるよう、医療機関等において、適切に保管しなければなりません。

記

(※自署もしくは署名捺印)

管理番号	氏名（漢字）	生年月日	住所（自署）	申請及び受領を委任する金額
1	〇〇 〇〇 印	〇年〇月〇日	〇〇〇〇	〇〇〇〇
2	〇〇 〇〇 印	〇年〇月〇日	〇〇〇〇	〇〇〇〇
3	〇〇 〇〇 印	〇年〇月〇日	〇〇〇〇	〇〇〇〇

都道府県 知事殿

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金 代理申請・受領委任状

所 属： 医療法人〇〇 △△病院
氏 名：（自署）
住 所：（自署）
生年月日：

私は、下記の事項を確認・誓約し、 医療法人〇〇 △△病院 〇〇〇〇 を
代理申請・受領者と定め、新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金 円
の申請及び及び受領に関する権限を委任します。

記

1. 今回の新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金の申請以外に、個人申請並びに他の医療機関や介護・障害施設から慰労金の給付申請を行わないこと。
2. 申請内容に虚偽があった場合又は複数機関等から慰労金の給付を受けた場合は、不当利得とし 都道府県 知事に慰労金を返還すること。

（注意事項）

この委任状は、都道府県への提出は不要です。ただし、慰労金の代理申請及び受領を証するものとして、都道府県からの求めがあった場合に速やかに提出できるよう、医療機関等において、適切に保管しなければなりません。

都道府県 知事殿

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金 代理申請委任状

下記の者は、

- ① 今回の新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金の申請以外に、個人申請並びに他の医療機関や介護・障害施設から慰労金の給付申請を行わないこと及び、
- ② 申請内容に虚偽があった場合又は複数機関等から慰労金の給付を受けた場合は、不当利得として速やかに都道府県知事に慰労金を返還することを確認・誓約し、

医療法人〇〇 △△病院 ○〇〇〇 を代理申請者と定め、新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金の申請に関する権限を委任します。

(注意事項)

- ・ この委任状は、都道府県への提出は不要です。ただし、慰労金の代理申請を証するものとして、都道府県からの求めがあった場合に速やかに提出できるよう、医療機関等において、適切に保管しなければなりません。

記

(※自署もしくは署名捺印)

管理番号	氏名（漢字）	生年月日	住所（自署）	申請を委任する金額
1	〇〇 〇〇 印	〇年〇月〇日	〇〇〇〇	〇〇〇〇
2	〇〇 〇〇 印	〇年〇月〇日	〇〇〇〇	〇〇〇〇
3	〇〇 〇〇 印	〇年〇月〇日	〇〇〇〇	〇〇〇〇

都道府県 知事殿

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金 代理申請委任状

所 属： 医療法人〇〇 △△病院
氏 名：（自署）
住 所：（自署）
生年月日：

私は、下記の事項を確認・承諾し、 医療法人〇〇 △△病院 〇〇〇〇 を
代理申請者と定め、新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金 〇〇〇〇 円の申請
に関する権限を委任します。

記

1. 今回の新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金の申請以外に、個人申請並びに他の医療機関や介護・障害施設から慰労金の給付申請を行わないこと。
2. 申請内容に虚偽があった場合又は複数機関等から慰労金の給付を受けた場合は、不当利得とし 都道府県 知事に慰労金を返還することを誓約します。

（注意事項）

- ・ この委任状は、都道府県への提出は不要です。ただし、慰労金の代理申請を証するものとして、都道府県からの求めがあった場合に速やかに提出できるよう、医療機関等において、適切に保管しなければなりません。

様式第5号

(文書番号)

令和2年×月×日

医療法人〇〇 △△病院

病院長

〇〇〇〇

殿

株式会社〇〇

〇〇〇〇

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における「新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金」の代理申請・受領委任について

貴院で委託業務に従事する別紙の者にかかる慰労金の申請及び受領について、貴職に委任いたしますので、事務手続き方よろしくお願いいたします。

(※委託会社等から同社の医療従事者等に慰労金の給付を行う場合は、以下を記載してください)

なお、慰労金の入金があった際には、下記口座にお振込みいただくようお願いします。

記

〇〇銀行 〇〇支店
普通 〇〇〇〇〇〇〇〇
名義 〇〇〇〇

令和2年7月1日

都道府県 知事殿

医療法人〇〇 △△病院
〇〇〇〇
(押 印 省 略)

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金給付申請書

標記について、次により交付金を給付されるよう関係書類を添えて申請する。

記

1. 支給申請額 X X X X 円

2. 添付書類

- ・新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金計算書（様式1）
- ・新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金内訳（様式2）

以上

様式第7号

【医療機関→都道府県】 実績報告書_新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金

施設概要

医療機関 コード	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	施設名称	医療法人社団 △△病院	
	担当部署		担当者氏名		連絡先電話番号		連絡先メールアドレス						
連絡先	〇〇部		〇〇 〇〇		〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		〇〇〇〇@〇〇. 〇〇						

所在地	都道府県名	市区町村以降
	〇〇県	〇〇〇〇

給付実績額

科目	人数	給付額 (円)
慰労金	〇〇	〇〇〇〇〇〇
振込手数料		〇〇〇〇
慰労金給付済額 (円)		〇〇〇〇〇〇
慰労金給付決定額 (円)		〇〇〇〇〇〇
精算額		0

交付決定通知を確認し、ご記載下さい。

※こちらの実績書は、職員等への慰労金給付が終了したら1か月以内をめどに、各都道府県慰労金担当窓口へ添付書類と合わせてご提出ください。

◎給付後に提出いただく書類は以下の通りです。

- ・ 慰労金を職員等に対して給付した際の証憑（個人ごとの振り込みの記録や現金で給付した場合の受領簿など給付額が分かるもの）
（※委託業者等に雇用される者に委託業者等経由で給付を実施した場合は、当該委託業者等が委託業者等に雇用される者に給付を行ったことが確認できる証憑も必要）
- ・ 慰労金の給付にあたって振込手数料を要した場合の、振込手数料がわかる書類 等

令和2年×月×日

都道府県 知事殿

医療法人〇〇 △△病院
〇〇〇〇
(押 印 省 略)

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金給付実績報告書

標記について、別紙により給付実績を報告いたします。

記

添付書類

- ・ 実績報告書（様式第7号）
- ・ 慰労金を職員等に対して給付した際の証憑
- ・ 要した振込手数料にかかる証憑
- ・ その他

以上

令和2年×月××日

医療法人●● 院長殿

医療法人○○ △△病院
○○○○ ⑩

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における「新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金」給付に係る勤務証明について（依頼）

下記の職員に係る標記について、別紙によりご証明くださるようお願いいたします。

記

証明対象職員：●●●●●
職名：○○○○
対象期間：●年●月●日～●年●月●日の間の勤務日数

令和2年×月××日

医療法人○○ △△病院
病院長 ○○○○ 殿

医療法人●●
院長 ○○ ○○ 印

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における
「新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金」給付に係る勤務証明について（回答）

令和○年○月○日付けで貴職より依頼のありました標記について、下記の通り
回答いたします。

記

証明対象職員氏名：○○○○○
所属部門・部署：○○○○○
職種：○○○○○
主な業務内容：○○○○○
起点日から6月末までの勤務日数：○○○○○
新型コロナウイルス感染症患者1例目受入以降6月末
までの勤務日数：
施設類型：

令和2年×月××日

医療法人〇〇 △△病院

病院長 〇〇〇〇

印

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における
「新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金」給付に係る勤務証明

標記について、以下とおり相違のないことを証明いたします。

記

証明対象職員氏名：〇〇〇〇

所属部門・部署：〇〇〇〇

職種：〇〇〇〇

主な業務内容：〇〇〇〇

起点日から6月末までの勤務日数：〇〇〇〇

新型コロナウイルス感染症患者1例目受入以降6月末
までの勤務日数：

施設類型：

申請概要_新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金

施設名称	医療機関コード	郵便番号	住所	電話番号	慰労金交付申請額 (円)	【都道府県記載欄】 慰労金交付決定額 (円)	医療機関情報におけ る 国保連取扱 不可事由
医療法人〇〇 △△病院	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	-	〇〇県〇〇〇〇	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇	無