

【医療機関→国保連→都道府県】医療機関情報 新型コロナウイルス感染症従事者慰労金

施設概要

助産所コードのない助産所は「999999999」を入力してください

申請日	2020/7/31	医療機関等 コード (10桁)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	施設名称	医療法人社団〇〇〇 △△病院
-----	-----------	-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------	----------------

管理者職名	病院長	管理者氏名	厚生太郎
-------	-----	-------	------

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	03-xxxx-xxxx	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		
	1	2	3	4	5	6	7	東京都 中央区日本橋〇-〇-〇

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。

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	<input checked="" type="radio"/> いいえ
--	----	--------------------------------------

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	2020/3/1
--------------	----------

所在する都道府県における始期を記載してください
※ご不明名場合は、所在する都道府県にお問い合わせください

施設類型について、該当する番号に○をつけてください

施設類型	<input checked="" type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2	帰国者・接触者外来を設置する医療機関
	<input type="radio"/> 3	地域外来・検査センター
	<input type="radio"/> 4	宿泊療養受入施設での対応
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 6	1～5以外の病院及び診療所
	<input type="radio"/> 7	訪問看護ステーション
	<input type="radio"/> 8	助産所

役割指定を受けている施設（類型2・3・4・5）のみ記載してください

施設類型2、3、4、5に該当する施設のみ、役割指定を受けた日を記載してください

都道府県から役割指定を受けた日	2020/3/10
-----------------	-----------

新型コロナウイルス感染症患者を最初に受け入れた日	2020/4/3
--------------------------	----------

対象期間起点日	2020/3/1
---------	----------

新型コロナウイルス感染症患者の入院を受け入れた施設は、最初に受け入れた日を記入してください。
※「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

②役割指定を受けている施設（類型2・3・4・5）は、都道府県の始期と役割指定を受けた日のいずれか早い方を記載してください

裏面へ続く (必ず裏面も記載してください)

①類型1及び役割指定を受けていない施設（類型6・7・8）は、都道府県の始期日を記載してください

②役割指定を受けている施設（類型2・3・4・5）は、都道府県の始期と役割指定を受けた日のいずれか早い方を記載してください

紙申請用

【医療機関→国保連→都道府県】医療機関情報 新型コロナウイルス感染症従事者慰労金

口座情報

以下の質問について、「はい」もしくは「いいえ」どちらかに○をしてください。

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。
(助産所コードのない助産所は、「いいえ」を選択してください)

はい いいえ

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。

「いいえ」「はい」

の場合

の場合

国保連合会による当該口座の債権譲渡の有無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 いいえ

国保連が保有している情報を用いて債権譲渡の有無に関して確認を行います。補助金交付過程において、その確認結果を都道府県に共有する必要があります。

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 いいえ

同意いただける場合は、「はい」を選択して下さい。

債権譲渡されていない口座情報をご記載ください

金融機関名		金融機関コード		支店名		支店コード	
預金種類		口座番号（左詰め）					
(フリガナ)							
取引口座名							

※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	15	2,900,000
振込手数料		3,000
合計申請額（円）		2,903,000

申請人数、申請金額（様式○号、○号のそれぞれ合計）を記入して下さい。

慰労金の振込手数料として見込まれる額を記入して下さい。

慰労金申請額と振込手数料の合計額を記入して

医療機関等からの申請は原則1回限りですので、委託先等も含め、対象となる従業員について、漏れのないようご注意ください。