

第4号様式

必要に応じ文書番号を記載してください。



医第〇〇-〇号
令和2年10月1日

厚生労働大臣 殿

電子媒体記載例

補助事業者名

〇〇病院

代表者氏名

〇〇△△

代表者印を押印してください。



印

令和2年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乘せ補償保険加入支援事業補

標記について、次

交付申請書別紙より自動転記されますので文書番号の発番が必要な場合のみ日付の上に記載してください。

申請する。

- 1 国庫補助申請額 金 ¥40,000 円
- 2 精算交付申請書 (別紙)
- 3 添付書類

電子媒体記載例

黄色セル部分に記載をお願いいたします。

(別紙) 令和2年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業精算交付申請書

申請年月日	令和	2	年	10	月	1	日	
1 医療機関の名称、医療機関番号及び代表者名	名称	〇〇病院		番号	1234567890			
	代表者名	〇〇△△						
2 新型コロナ対応の種類	②都道府県から役割を設定された帰国者・接触者外来を設置する医療機関、都道府県、政令市及び特別区から役割を設定された地域外来・検査センター並びに都道府県から指定された発熱患者等の診療又は検査を行う医療機関（診療・検査医療機関（仮称））							
3 労災給付上乗せ補償保険の対象の医療資格者数（人）								
	医師	歯科医師	薬剤師	保健師	助産師	看護師	准看護師	診療放射線技師
	15					20		
	診療エックス線技師	臨床検査技師	衛生検査技師	理学療法士	作業療法士	視能訓練士	言語聴覚士	臨床工学士
	義肢装具士	救急救命士	歯科衛生士	歯科技工士	管理栄養士	栄養士	精神保健福祉士	合計
						5		40
4	3の医療資格者以外で保険に加入している者（事務職員、看護補助者等）の人数（人）							10
5 保険商品の会社名及び商品名	保険会社の名称			保険商品名				
	〇〇生命			コロナ休業補償				
6 保険の締結日	令和	2	年	9	月	15	日	
7 保険の始期	令和	2	年	10	月	1	日	
申請時に支払が完了している							はい	
8 保険料の総額（円）	100,000							
	総額のうち、3の医療資格者分		80,000		総額のうち、4の医療資格者以外の分		20,000	
9 医療資格者分の保険料の総額×1/2（円）	40,000							
10 3の医療資格者数×補助基準額（1人あたり1000円）（円）	40,000							
11 8の保険料に対する寄付金、その他収入額（円）	0							
12 国庫補助申請額（9、10及び保険料の総額から11を引いた額を比較して低い額）（円）	40,000							
13 医療機関の住所	郵便番号	100-0001	住所	東京都千代田区〇〇町〇番〇号				
14 医療機関の電話番号	03-●●●●-××××							
15 担当者の所属及び氏名	所属	〇〇部		氏名	厚労 太郎			
16 担当者のEメール	kourou@〇〇.jp							
17 補助金の振込先	金融機関名			支店名				
	〇〇銀行			△△支店				
	金融機関コード			支店コード				
	0123			012				
	口座名義			フリガナ				
	〇〇病院			マルマルヨウイン				
	口座種別			口座番号				
普通			1234567					

(記載上の注意事項)

全体 黄色く塗られたセルのみ入力してください。

- 新型コロナ対応の種類について、プルダウンメニューで選択してください。また、類型を証明する書類（都道府県からの指定通知書等）の写しを添付してください。
- 所属人数ではなく、労災給付上乗せ補償保険の対象者数を記載してください。なお、3、4に記載した人数の合計は保険契約上の人数と一致させてください。
- 労災給付上乗せ補償保険の保険証券・契約書の写し及び保険商品の概要資料（パンフレットの写し等）を添付してください。
- 令和2年4月1日から令和3年3月31日までの間に、契約を締結し、契約の始期がある場合が補助対象です。
- 申請時に支払が完了している場合はプルダウンから「はい」を、支払が完了していない場合は「いいえ」を選択してください。
- 3、4、8、11を入力すると、国庫補助申請額が自動算出されます。（9、10、12は自動算出されるので入力しないでください）

2. コロナ対応の種類
プルダウンから該当する種類を選択してください。

3. 保険の対象とした医療従事者数について
労災給付上乗せ補償保険の補助対象となる医療資格者の数を記載してください。

7. 事業完了の有無について
申請時に支払が完了している場合はプルダウンから「はい」を、支払が完了していない場合は「いいえ」を選択してください。

8. 保険料の額について
労災給付上乗せ補償保険の保険料を記載してください。なお、本補助金の交付申請は原則として1回限りとなります。金額誤りのないようご注意ください。

11. 寄付金、その他収入額について
保険料に対して本補助金以外の寄付金やその他の収入を用いる場合はその金額を、用いない場合は「0円」と記載してください。

電子媒体記載例

請 求 書

金 40,000 円

【令和2年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業】についてを下記のとおり請求します。

なお、上記金額は次の口座へお振り込み下さい。

金融機関・支店名	〇〇銀行△△支店
預貯金種別	交付申請書別紙より自動転記されます (記載する場所はありません) ので転 記内容をご確認のうえ、代表者印を押 印してください。
口座番号	
(ふりがな) 口座名	〇〇病院
郵便番号・住所	100-0001東京都千代田区〇〇町〇番〇号

令和 年 月 日

団体名

〇〇病院

代表者氏名

〇〇△△

印

官 署 支 出 官

厚生労働省大臣官房会計課長 殿

紙媒体記載例

黄色部分に記載をお願いいたします

申請時に支払が完了していない場合は『第2号様式』、
支払いが完了している場合は『第4号様式』を使用してください。
(記載例として第2号様式と記載してあります)

第2号様式

厚生労働大

必要に応じ文書番号を記載し
てください(文書番号がない
場合は記載不要です)。
申請日を記載してください。

補助事業番号

医第〇〇-〇号
令和 年 月 日

医療機関名、代表者名
を記載の上押印してく
ださい。

代表者氏名

〇〇病院

〇〇△△

印

令和2年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保
険加入支援事業補助金の交付申請書

標記について、次のとおり交付されるよう関係書類を添えて申請する。

1 国庫補助申請額

金 円

2 交付申請書(別紙)

3 添付書類

別紙記載の補助申請額と同額を記載して
ください。

紙媒体記載例

黄色部分に記載をお願いいたします。

(別紙) 令和2年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業精算交付申請書

申請年月日	令和	2	年	10	月	1	日
1 医療機関の名称、医療機関番号及び代表者名	名称	〇〇病院			番号	1234567890	
	代表者名	〇〇△△					
2 新型コロナ対応の類型	②						
3 労災給付上乗せ補償保険の対象の医療資格者数(人)							
	医師	歯科医師	薬剤師	保健師	助産師	看護師	准看護師
	15					20	
	診療エックス線技師	臨床検査技師	衛生検査技師	理学療法士	作業療法士	視能訓練士	言語聴覚士
	義肢装具士	救急救命士	歯科衛生士	歯科技工士	管理栄養士	栄養士	精神保健福祉士
						5	合計
							40
4	3の医療資格者以外で保険に加入している者(事務職員、看護補助者等)の人数(人)						10
5 保険商品の会社名及び商品名	保険会社の名称			保険商品名			
	〇〇生命			コロナ休業補償			
6 保険の締結日	令和	2	年	9	月	15	日
7 保険の始期	令和	2	年	10	月	1	日
7	申請時に支払が完了している						はい
8 保険料の総額(円)							100,000
	総額のうち、3の医療資格者分		80,000		総額のうち、4の医療資格者以外分		20,000
9 医療資格者分の保険料の総額×1/2(円)							40,000
10 3の医療資格者数×補助基準額(1人あたり1000円)(円)							40,000
11 8の保険料に対する寄付金、その他収入額(円)							0
12 国庫補助申請額(9、10及び保険料の総額から11を引いた額を比較して低い額)(円)							40,000
13 医療機関の住所	郵便番号	100-0001	住所	東京都千代田区〇〇町〇番〇号			
14 医療機関の電話番号	03-●●●●-××××						
15 担当者の所属及び氏名	所属	〇〇部			氏名	厚労 太郎	
16 担当者のEメール	kourou@〇〇.jp						
17 補助金の振込先	金融機関名			支店名			
	〇〇銀行			△△支店			
	金融機関コード			支店コード			
	0123			012			
	口座名義			フリガナ			
	〇〇病院			マルマルビヨウイン			
	口座種別			口座番号			
普通			1234567				

(記載上の注意事項)

全体 黄色く塗られたセルのみ入力してください。

2 新型コロナ対応の類型について、プルダウンメニューで選択してください。また、類型を証明する書類(都道府県からの指定通知書等)の写しを添付してください。

3、4 所属人数ではなく、労災給付上乗せ補償保険の対象者数を記載してください。なお、3、4に記載した人数の合計は保険契約上の人数と一致させてください。

5 労災給付上乗せ補償保険の保険証券・契約書の写し及び保険商品の概要資料(パンフレットの写し等)を添付してください。

6、7 令和2年4月1日から令和3年3月31日までの間に、契約を締結し、契約の始期がある場合が補助対象です。

7 申請時に支払が完了している場合はプルダウンから「はい」を、支払が完了していない場合は「いいえ」を選択してください。

12 3、4、8、11を入力すると、国庫補助申請額が自動算出されます。(9、10、12は自動算出されるので入力しないでください)

※保険料総額のうち、医療資格者分と医療資格者以外分の保険料算定例

医療資格者40人 医療資格者以外10人 保険料=100,000円(A)
 医療資格者分 100,000(円)×40(人)÷(40(人)+10(人))=80,000円(B)
 医療資格者以外分 (A)-(B)=20,000円

2. コロナ対応の類型
 交付要綱3.(交付の対象)(1)①~④から当てはまる類型を記載してください。

3. 保険の対象とした
 医療従事者数について
 労災給付上乗せ補償保険の補助対象となる医療資格者の数を記載してください。

7. 事業完了の有無について
 申請時に支払が完了している場合は「はい」を、支払が完了していない場合は「いいえ」を記載してください。

8. 保険料の額について
 労災給付上乗せ補償保険の保険料を記載してください。
 総額のうち医療資格者分、医療資格者以外分は、保険料の総額を医療資格者数と医療資格者以外的人数で按分する等により記載してください。(※参照)

なお、本補助金の交付申請は原則として1回限りとなります。金額誤りのないようご留意してください。

11. 寄付金、その他収入額について
 保険料に対して本補助金以外の寄付金やその他の収入を用いる場合はその金額を、用いない場合は「0円」と記載してください。

請 求 書

紙媒体記載例

黄色部分に記載をお願いいたします

金

〇〇〇〇

円



別紙記載の補助申請額と同額を記載してください。

【令和2年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業】について
のとおり請求します。

なお、上記金額は次の口座へお振り込み下さい。

金融機関・支店名	〇〇銀行 △△支店
預貯金種別	普通
口座番号	0000001
(ふりがな) 口座名	マルマルピヨウイン 〇〇病院
郵便番号・住所	〒100-0001 東京都千代田区〇〇町〇番〇号

別紙「II. 補助金」の振込先記載の口座情報等と齟齬のないように記載してください。

令和 年 月 日

団体名
代表者名

〇〇病院
〇〇△△
印

医療機関名、代表者名を記載の上押印してください。

官 署 支 出 官
厚生労働省大臣官房会計課長 殿