

新型コロナウイルスワクチン接種業務に従事した際の収入に係る申立書

私の被扶養者が、今般の新型コロナウイルスワクチンの接種業務へ従事したことによる収入については、下記のとおりとなりますので、「新型コロナウイルスワクチン接種業務に従事する医療職の被扶養者の収入確認の特例」を適用していただくよう申し立てます。

令和 年 月 日提出			
被保険者 (申請者)	保険証記号		保険証番号
	氏 名		
被扶養者	氏 名		
ワクチン接種業務を行う事業者・雇用主（市（区）町村、医療機関等）の所在地・事業所名称、期間、収入額を記入			
事業所所在地	〒 ー		
事業所名称			
新型コロナウイルスワクチン接種業務へ 従事した期間			
上記期間中のワクチン接種業務へ 従事したことによる収入額（実績額）		円	
※ 以下の全ての項目に該当していることを確認し、チェックして下さい。			
<input type="checkbox"/>	1 対象となる被扶養者は、（ <input type="checkbox"/> 医師、 <input type="checkbox"/> 歯科医師、 <input type="checkbox"/> 薬剤師、 <input type="checkbox"/> 看護師等 ^(注) 、 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師、 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師、 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士、 <input type="checkbox"/> 救急救命士）として新型コロナウイルスワクチンの接種業務へ従事しました。 ^(注) 保健師、助産師、看護師又は准看護師（※ 該当する職種をチェックして下さい。）		
<input type="checkbox"/>	2 上記の収入額については、対象となる被扶養者が、新型コロナウイルスワクチンの接種業務へ従事したことによる収入額で誤りはありません。		