

	常務理事	事務長	課長	係
決				
裁				

## 感染症見舞金支給申請書

【申請には、医師の診断書、または別紙「療養状況申立書」が必要です】

### (対象者：①②の両方に該当する方)

- ① **個人診療所の事業主**である、甲種組合員（管理）本人（後期高齢組合員は除く）
- ② 新型コロナウイルス感染症に**感染**または、**発熱等の症状があり**感染が疑われ、**4日以上**休業した。

※ 連続して4日以上休業した場合、4日目以後、1日あたり20,000円を支給（最大11日間）します。

※ 給与の支払を受ける**家族・従業員・医療法人事業所の被保険者**は、「傷病手当金」の申請対象です。

※ 申請いただいた書類は、当該見舞金の審査にのみ使用し、返却できません。

(1) 被保険者証記号番号	歯国									- 000
(2) 対象となる甲種組合員氏名										
(3) 診療所の所在地	(〒 - )									
(4) 診療所の休診日 (お盆休み等も記載して下さい)	( ) 曜日・その他 ( )									
(5) 休業した期間 ※休診日として行政に届出ている 期間は対象外となります。	(対象となる期間：令和2年1月1日～令和4年9月30日) 令和 年 月 日 ～ 月 日 ( ) 日間									
(6) 症状の概要	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症に感染した。 <input type="checkbox"/> 発熱等の <b>症状があり</b> 感染が疑われる状況にあった。									
(7) 振込指定金融機関	(銀行名)		銀行・信用金庫							
(支店名)	支店 出張所		(口座名義人)		(フリガナ)					
(預金種目)	1. 普通 2. 当座		(口座番号)							

大阪府歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿

上記について、**医師の診断書**（または**療養状況申立書**）を添付し、申請いたします。

令和 年 月 日

自宅住所 (〒 - )

申請者氏名

印

※ 下記の欄は、記載不要です。

(休業日数) - (免責日数) (1日あたりの支給額) 支給金額

( ) ( 3 ) × 20,000円 = 円

(別紙：診断書を提出できない場合)

# 療 養 状 況 申 立 書

医師の診断書を提出できない場合は、この申立書を添付してください。

(発熱等の症状があり、感染が疑われる状況で自宅療養を行っていた場合等)

被保険者氏名		
休業していた日 の療養状況	休業していた日について、 発熱やその他の自覚症状等を詳しく記入してください。	
	月 日	
	月 日	
	月 日	
	月 日	
	月 日	
	月 日	
	月 日	

上記のとおり相違ないことを申し立てます。

なお、申立書が事実と相違していた場合は、支給された見舞金を返還いたします。

令和 年 月 日

申請者氏名

⑩