

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。

【申請者記載欄】

		令和	年	月	日提出
被保険者 (申請者)	被保険者等記号・番号				
	(フリガナ) 氏 名				
被扶養者	(フリガナ) 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）記載欄】

事業所所在地	〒 ー	
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号		
記載責任者氏名・ 連絡先（注）		
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。	

※ 本申立書は、被扶養者認定及び被扶養者の資格確認において対象者の収入を確認する際の添付書類として、被保険者から日本アイ・ビー・エム健康保険組合に提出する書類となります。

※ 記載内容の確認にあたって、別途雇用契約書等の添付書類を求められる場合があります。

注：申立書に記載いただいた内容について、「記載責任者氏名・連絡先」に記載の連絡先に健康保険組合から連絡させていただくことがあります。