

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令和3年4月から令和6年3月末までの間に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。

【被保険者記載欄】

記入日	令和 年 月 日	被保険者証 記号・番号	—
被保険者氏名		扶養申請対象者氏名	

【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）記載欄】

事業所所在地	〒 —
事業所名称	
事業主氏名、印	印
電話番号	【電話】（ ） —

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額（非課税交通費を含む総支給額の実績額）について記入して下さい。
・給与支払の締日と支払日を記入してください。就労月ベースではなく、支払月ベースで記入してください。

給与支払の締日と支払日	【締日】 日 【支払日】 当月・翌月 日（当月・翌月のどちらかに○を付けて下さい。）				
令和3年4月支払	5月支払	6月支払	7月支払	8月支払	9月支払
円	円	円	円	円	円
令和3年10月支払	11月支払	12月支払	令和4年1月支払	2月支払	3月支払
円	円	円	円	円	円
令和4年4月支払	5月支払	6月支払	7月支払	8月支払	9月支払
円	円	円	円	円	円
令和4年10月支払	11月支払	12月支払	令和5年1月支払	2月支払	3月支払
円	円	円	円	円	円
令和5年4月支払	5月支払	6月支払	7月支払	8月支払	9月支払
円	円	円	円	円	円
令和5年10月支払	11月支払	12月支払	令和6年1月支払	2月支払	3月支払
円	円	円	円	円	円

以下の全ての項目に該当していることを確認し、□に✓チェックして下さい。

□	①対象となる被扶養者は、下記の医療職で新型コロナウイルスワクチン接種業務に従事しました。 （※該当する職種をチェックして下さい。複数該当あり。） □医師、□歯科医師、□薬剤師、□看護師等（注：保健師、助産師、看護師又は准看護師）、 □診療放射線技師、□臨床検査技師、□臨床工学技士、□救急救命士
□	②上記の収入額については、対象となる扶養申請対象者が、新型コロナウイルスワクチンの接種業務に従事したことによる収入額で誤りはありません。

<被保険者の方へ>

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について、年間収入に算定しない（含めない）特例措置を適用するための申立書です。扶養申請対象者の方が該当する場合は、この「申立書」に必要な事項を記入し、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）に証明を貰ってください。

<医療機関、各自治体のご担当者の方へ>

この申立書は明治グループ健康保険組合へ被扶養者の資格審査する際において、新型コロナウイルスワクチン接種業務に従事した方の収入を確認するためのものです。お手数をおかけして申し訳ありませんが、必要事項をご記入願います。