

様式第1号

【医療機関→国保連→都道府県】医療機関情報_新型コロナウイルス感染症従事者慰労金

施設概要

申請日	2020年 8月27日	医療機関等 コード (10桁)	1 4 1 1 2 3 4 5 6 7	施設名称	保険医クリニック
-----	----------------	-----------------------	---------------------	------	----------

管理者職名	院長	管理者氏名	保険医 一郎
-------	----	-------	--------

連絡先	担当部署	担当者氏名	連絡先電話番号	連絡先メールアドレス
		保険医 一郎	045-111-1111	abc@denet.ne.jp

所在地	郵便番号	都道府県名	市区町村以降
	2 2 1 - 0 8 3 5	神奈川県	横浜市神奈川区●-●

国又は自治体が設置する医療機関等において制度上の問題により、医療従事者への迅速な振込ができない医療機関である	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>
--	---

新型コロナウイルス感染症患者の受け入れについて

当該都道府県における始期	2020年1月15日
--------------	------------

施設類型について、該当する番号に○をつけてください

施設類型	1 新型コロナウイルス感染症患者の入院受入を割り当てた医療機関	
	2 帰国者・接触者外来を設置する医療機関	
	3 地域外来・検査センター	
	4 宿泊療養受入施設での対応	
	5 自宅療養を行う場合の新型コロナウイルス感染症患者に対するフォローアップ	
	6 1~5以外の病棟及び病室	<input checked="" type="radio"/>
	7 訪問看護ステーション	
	8 助産所	

通常は「6」です。

施設類型2、3、4、5に該当する施設のみ、役割指定を受けた日を記載してください

都道府県から役割指定を受けた日	
-----------------	--

新型コロナウイルス感染症患者を最初に受け入れた日	
--------------------------	--

対象期間起点日	2020年1月15日
---------	------------

裏面へ続く (必ず裏面も記載してください)

- 頭の3桁は、医科の医療機関は「141」、歯科の医療機関は「143」です。
- 後ろの7桁は、保険請求で使う医療機関コードをご記入ください。

神奈川県の場合、「2020年1月15日」です。

神奈川県の場合、「2020年1月15日」です。

紙申請用

【医療機関→国保連→都道府県】医療機関情報_新型コロナウイルス感染症従事者慰労金

口座情報

以下の質問について、「はい」もしくは「いいえ」どちらかに○をしてください。

国保運営官に登録されている口座は債権譲渡されていない。
 (助産所コードのない助産所は、「いいえ」を選択してください) はい いいえ

通常は「はい」に○をつけます。

「いいえ」は

「はい」に○をつけます。

国保連合会による当該口座の債権譲渡の有無に関する確認結果が都道府県に共有されることに同意する はい いいえ
 国保連合会に登録されている口座情報を本事業の振込に使用することに同意する はい いいえ

「はい」に○をつけます。

債権譲渡されていない口座情報をご記載ください

金融機関名	金融機関コード	支店名	支店コード
預金種類	口座番号(左詰め)		
(フリガナ)			
取引口座名			

※今回の慰労金は、所得税法の非課税規定に基づき、非課税所得に該当します。また、令和二年度も別定額給付金等に係る差押禁止等に関する法律に基づき、受給権について、譲り渡し、担保に供し、又は差し押さえることが禁止され、支給を受けた金銭についても、差し押さえることが禁止されています。

※なお、本事業実施のために新たに入手・共有された情報は本事業のみに用い、その他の目的で使用されることはございません。

慰労金交付申請額

科目	人数	申請額(円)
慰労金	3	150,000
振込手数料		1,320
合計申請額(円)		151,320

「人数」は、**対象者の合計人数**です。様式第2号に全対象者の内訳を書くため、それを見ながら合計人数を間違えないようご記入ください。

- 「慰労金 申請額(円)」は、**全対象者に支給する慰労金の合計金額**です。こちらも様式第2号に記載した合計金額をご記入ください。
- 「振込手数料」は、**対象者に振込で支給する場合、実際にかかる振込手数料の合計額**を記入します。なお、現金で手渡しする場合は記入不要です。
- 「合計申請額(円)」は、上記**申請額と振込手数料の合計額**を記入します。

「神奈川県」と記載します。

神奈川県 知事殿

紙申請用
様式第6号

2020年8月27日

保険医クリニック
院長 保険医 一郎

(押印省略)

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金給付申請書

標記について、次により交付金を給付されるよう関係書類を添えて申請する。

記

- | | | |
|----------|----------------|---|
| 1. 支給申請額 | <u>151,320</u> | 円 |
|----------|----------------|---|
2. 添付書類
- ・新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金計算書（様式第1号）
 - ・新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金内訳（様式第2号）

以上

「様式第1号で記載した申請日」を記載します。

様式第1号で記載した
「施設名称」
「管理者職名」
「管理者氏名」を記載します。

「様式第1号で記載した合計申請額」を記載します。

