

科目	人数		申請額（円）	
慰労金	医療機関等職員	2	20,000	自動計算
	委託会社等職員			←※委託会社等職員の対象者がいなければ入力不要です
合計申請額（円）			20,000	自動計算 ←この額を申請書（第1号様式）に記載してください

【給付額一覧】	
対象医療機関等	給付額（1人あたり）
ア 感染症対応病院	30,000
イ アを除く病院	20,000
ウ 発熱外来を有し、検査を実施する診療所	20,000
エ ウを除く診療所（歯科診療所含む）	10,000
オ 訪問看護ステーション	10,000
カ 保険薬局	10,000

【職種一覧】	
職種	番号
医師	1
歯科医師	2
薬剤師	3
看護師	4
歯科衛生士	5
医療事務員	6
その他	7

※10日未満の場合は勤務日数を記入してください

管理番号	申請する医療機関等名称	給付申請額	氏名（漢字）	フリガナ	生年月日 西暦/半角 スラッシュ区切り	性別	1/30から10/31までの間における延べ勤務日数	他医療機関での勤務実績があり、 合算して申請する予定（有り/無し） 有りの場合は医療機関名・勤務日数を入力	職種番号	委任状 徴収
1	〇〇法人〇〇会〇〇医院	10,000	成田 花子	ナリタ ハナコ	1985/1/1	女	10日以上	無し	4	済
2	〇〇法人〇〇会〇〇医院	10,000	成田 一郎	ナリタ イチロウ	1990/1/1	男	6日	〇〇医院 5日	7	済
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										

給付額を確認してリストから給付額を選択してください。

勤務日数をリストから選択してください。

他医療機関と合算して申請する場合は、「医療機関名」と「勤務日数」を入力してください。

職種一覧を確認して、該当する番号をリストより選択してください。当てはまる職種がない場合は「7 その他」を選択してください。

第3号様式の1または第3号様式の2により委任状を取得したら、「済」を入力します。ここに「済」が入力されていない方は申請できません。