

申請はお済みですか？

新型コロナウイルス感染症

税経
通信

医療従事者慰労金

申請の手順

対象の医療従事者や職員から
代理申請・受領「委任状」(様式第3号)を集める

※委任状は医療機関で保管します。

※エクセルの申請書で作成する場合は、申請書類を先に
作成すると、委任状用名簿も自動的に作成されます。

作成した申請書(様式第1・第2・第6号)
を提出する(オンライン・WEB・郵送)

紙媒体・電子媒体の郵送先

461-0001 名古屋東片端郵便局留
(461-8532 名古屋市東区泉1丁目6番5号)
愛知県国保連
医療機関等慰労金・支援金受付 宛

「緊急包括支援交付金申請書(慰労金) 在中」

「交付決定通知書」 到着

国保連から診療報酬振込口座に入金

慰労金を対象者に給付(振込 or 現金給付)
※手渡しの場合は、「受領簿」を作成する。協会作成
「受領簿」はホームページから入手できます。

実績報告(様式第7・8号)を紙媒体で
受領簿・振込明細等を添付して郵送

郵送先

461-0001 名古屋東片端郵便局留
(461-8532 名古屋市東区泉1丁目6番5号)
国保会館内 愛知県保健医療局
医療機関等慰労金・支援金事務局 宛

「緊急包括支援交付金報告書(慰労金・実績報告) 在中」

愛知県保健医療局 医療機関等慰労金・支
援金事務局コールセンター(平日9時~17時)

052-684-7180

申請書作成のサポート承ります

協会税経部 052-832-1355

慰労金：原則1人5万円

院長・専従者も対象

対象者：1月26日~6月30日の期間内に10日以上勤務した医
療従事者や職員(派遣・委託も含み、雇用形態問わず)

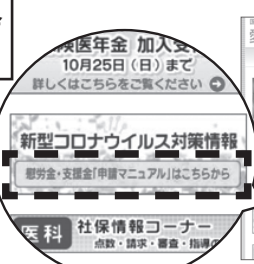
申請受付：毎月15日~月末(2021年2月28日まで)

申請方法

申請書等は愛知県のホームページ
から入手できます

愛知県 慰労金

愛知県保険医協会
ホームページ



申請書等はここからも入手できます。愛知県のホームページにリン
クします。協会作成の申請マニュアル・記載見本・Q & A・「受領簿」
も掲載しています。ご活用ください。

原則

オンライン請求シ
ステム未導入の場合

インターネット環境
未対応の場合

電子媒体による提出
が困難な場合

オンライン請求
システムで申請

WEB 申請受付
システムで申請

電子媒体
(CD-R 等)で申請

紙媒体で申請

エクセルで申請書等を作成

紙媒体で申請書等を作成

インターネットから申請書が入手できない場合は、コールセンターに請求すると
紙媒体の申請書が郵送されます。協会からお送りすることもできます。

様式第1(手書きモデル記入例)

様式第1号	都道府県番号 愛知県は「23」	医療機関番号(7桁) 「1」「3」	慰労金
申請日	2020/8/30	医療機関等 コード (10桁) 2311234567	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 太郎
連絡先	担当部署 院長	担当者氏名	保険医 太郎
	連絡先電話番号	052-832-1355	連絡先メールアドレス ▲▲▲@□□□.□□.□□
所在地	郵便番号 466-8655	都道府県名	愛知県
	市区町村以降	名古屋市昭和区妙見町19-2	
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 ☒ いいえ			
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 2020/1/26			
施設類型 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 ☒ 6~5以外の病院及び診療所 7 訪問看護ステーション 8 助産所			
対象期間起点日 2020/1/26			
※記入箇所以外は空欄でよい			
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。			
国保連合会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			
「いいえ」「はい」 の場合 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 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 ☒ いいえ			
国保連が保有している情報を用いて債権譲渡の有無に関して 確認を行います。補助金交付過程において、その確認結果を 都道府県に共有する必要があります。 同意いただける場合は、「はい」を選択して 下さい。			
慰労金交付申請額			
科目	人数	申請額(円)	
慰労金	2	100,000	
振込手数料		0	
合計申請額(円)		100,000	
手渡しの場合は0円。 振込の場合は、概算額 を記入する。			

様式第2(見本)

管理番号 1からの 自動連番	医療機関コード	申請する 医療機関等 名称	給付申請 金額	氏名 (漢字) 姓と名の間は空けてくだ さい。	フリガナ (カタカナ) 姓と名の間は空けてくだ さい。	生年月日 (令和○年○月○日)	性別 男性 女性	【A】 起点日から 6/30までの期間 における 延べ 勤務日数	【B】 申請する 医療機関等 での コロナ患者受入 以降の 勤務実績(※) (有/無)	【C】 他医療機関等 での 勤務実績 (有/無)	委任状 徴収済
1	2311234567	保険医クリニック	50000	保険医 太郎	ホケンイ タロウ	昭和41年1月1日	男性	10日以上	無し	無し	済
2	2311234567	保険医クリニック	50000	保険医 花子	ホケンイ ハナコ	昭和41年2月1日	女性	10日以上	無し	無し	済