**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**

様式１

　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 |
| 組合員（申請者） | （フリガナ）氏　　　名 |  |
| 組合員証記号・番号 |  |
| 被扶養者（認定対象者） | （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 | 〒 －  |
| 事業所名称及び事業主氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| 新型コロナウイルスワクチン接種業務へ従事した期間等 | 令和 　年　 月　 日 ～ 令和 　年　 月　 日（期間中に働いた日数　　　　　日） |
| 上記期間が属する期間に対して支払われた賃金・報酬等の全収入額 | 円　（うち賞与額　　　　　　　　　円） |
| 新型コロナウイルス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。* |
| □ | １　対象となる被扶養者は、（□医師、□歯科医師、□薬剤師、□看護師、□准看護師、□保健師、□助産師、□薬剤師、□診療放射線技師、□臨床検査技師、□臨床工学技士、□救急救命士）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。*（※　該当する職種をチェックして下さい。）* |
| □ | ２　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（実績額）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、組合員から組合員の所属所や組合に提出する書類となります。

※　記載内容の確認に当たって、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。

**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**

記入見本

様式１

　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　〇〇年　〇〇月　〇〇日提出 |
| 組合員（申請者） | （フリガナ）氏　　　名 | ｷｮｳｻｲ　ﾀﾛｳ共済　太郎 |
| 組合員証記号・番号 | 　〇〇〇－〇〇〇〇 |
| 被扶養者（認定対象者） | （フリガナ）氏　　　名 | ｷｮｳｻｲ　ﾊﾅｺ共済　花子 |

**【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 | 〒〇〇〇－〇〇〇〇 　〇〇市〇〇町〇丁目〇〇 |
| 事業所名称及び事業主氏名 | 　〇〇病院　〇〇　〇〇 |
| 電話番号 | 　〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇 |
| 新型コロナウイルスワクチン接種業務へ従事した期間等 | 令和 3年 〇月 〇日 ～ 令和 3年 〇月 〇日（期間中に働いた日数　　〇〇　日） |
| 上記期間が属する期間に対して支払われた賃金・報酬等の全収入額 | 〇〇〇,〇〇〇円　（うち賞与額　　〇〇〇,〇〇〇円） |
| 新型コロナウイルスワクチン接種業務へ従事したことによる収入額（実績額） | 〇〇,〇〇〇円　 |
| *※　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。***レ** |
| □ | １　対象となる被扶養者は、（□医師、□歯科医師、□薬剤師、□看護師、□准看護師、□保健師、□助産師、□薬剤師、□診療放射線技師、□臨床検査技師、□臨床工学技士、□救急救命士）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。**レ***（※　該当する職種をチェックして下さい。）* |
| □**レ** | ２　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（実績額）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、組合員から組合員の所属所や組合に提出する書類となります。

※　記載内容の確認に当たって、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。