事　務　連　絡
令和２年９月18日

各都道府県衛生主管部（局）御中

厚生労働省医政局医 療 経 理 室
医療経営支援課

令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業について

新型コロナウイルス感染症への対応を行う医療機関（以下「新型コロナ対応医療機関」という。）に勤務する医療資格者が新型コロナウイルス感染症に感染して休業等する場合に労災給付の上乗せ補償を行い、医療資格者の収入面の不安等を解消して離職防止等につなげ、新型コロナ対応医療機関の運営の安定を図ることを目的として、新型コロナ対応医療機関が加入する労災給付上乗せ補償保険（被用者の労災事故について政府労災保険の上乗せ補償等を行う保険）の保険料の一部を補助することとしましたので、下記について御了知の上、事業の実施に御協力をお願いいたします。

記

１．本事業の案内及び周知について

本事業は国の直接補助事業としているため、補助の申請は医療機関から直接、厚生労働省に行われますが、医療機関に対して円滑かつ迅速に補助金を交付できるよう、添付資料をまとめていますので、本事務連絡の添付資料（別添１から別添６）により、補助の対象となる医療機関へ案内していただくとともに、貴管下の政令市及び特別区に周知いただくようお願い申し上げます。

２．補助の対象となる医療機関について

本補助事業の補助の対象は、「令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業補助金の交付について」（令和２年９月 15日厚生労働省発医政 0915 第１号事務次官通知）の別添の交付要綱３（１）のとおり、以下のいずれかに該当する保険医療機関となります。

① 重点医療機関、協力医療機関その他の都道府県が新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者の入院受入れを割り当てた医療機関

② 都道府県から役割を設定された帰国者・接触者外来を設置する医療機関、都道府県、政令市及び特別区から役割を設定された地域外来・検査センター並びに都

東加八潮医師会 収受 2.12.24 第1136号

道府県から指定された発熱患者等の診療又は検査を行う医療機関（診療・検査医療機関（仮称））

③　都道府県、政令市及び特別区からの依頼又は委託等により宿泊療養・自宅療養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業務、受入施設での対応等に従事する医療資格者が勤務する医療機関

※　③の医療機関の場合、補助対象は、当該フォローアップ業務、受入施設での対応等に従事する医療資格者に係る年間の保険料の一部となります。

④　都道府県、政令市及び特別区から役割を設定された地域外来・検査センターに出務する医療資格者が勤務する医療機関

※　④の医療機関の場合、補助対象は、地域外来･検査センターに出務する医療資格者に係る年間の保険料の一部となります。

３．補助の対象となる医療機関であることの証明書の発行等について

本事業の補助の申請に当たっては、２に該当する新型コロナ対応医療機関であることについて証する資料の添付を必要としています。

つきましては、対象となる医療機関より求めがあった場合には、当該医療機関が補助の対象となる２に該当する新型コロナ対応医療機関であることを証明する書類（※）を発行くださいますよう御協力お願い申し上げます。

※　証明書作成を支援する電子ファイル（既存のリストを貼り付けること等により、証明書作成が可能）を提供いたしますので、適宜ご活用ください。

なお、既に医療機関に対し、２に該当する新型コロナ対応医療機関であることを証明する書類を交付されている場合は、当該証明書類の写しを添付することで申請が可能です。

また、既に既存の証明様式がある場合などは、既存の証明様式を使用いただいて差し支えありません。

＜添付資料＞

・（別添１）補助対象医療機関あて案内文書
・（別添２）本事業の概要資料
・（別添３）「令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業」に関するＱ＆Ａ
・（別添４）申請書等の入手・作成・提出方法
・（別添５）申請書記載例（手書用、電子媒体用）
・（別添６）「令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業補助金の交付について」（令和２年９月 15 日厚生労働省発医政 0915 第１号）
・（別添７）新型コロナ対応医療機関である旨の証明書作成用ファイル
・（別添８）証明書作成用ファイルの使用方法

新型コロナウイルス感染症対応を行う医療機関等の皆さまへ
（Ver.2　令和２年 10 月 12 日更新）

厚生労働省医政局
医 療 経 理 室
医療経営支援課

「令和２年度新型コロナ対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業補助金」のご案内

新型コロナウイルス感染症への対応を行う医療機関等において、勤務する医療資格者等が感染した際に労災給付の上乗せ補償を行う民間保険に加入した場合に、保険料の一部を補助します。

該当する医療機関等におかれましては、以下により申請いただきますようお願いいたします。

※　医療機関等の事務の簡素化のため、国への補助金の申請や保険契約の申込等を委託することも可能です。

1．対象となる医療機関等

都道府県等の要請を受けて新型コロナへの対応を行う次のいずれかの保険医療機関等

① 重点医療機関、協力医療機関その他の都道府県が新型コロナ患者・疑い患者の入院受入れを割り当てた医療機関

② 都道府県から役割を設定された帰国者・接触者外来を設置する医療機関、都道府県、政令市及び特別区から役割を設定された地域外来・検査センター、都道府県から指定された発熱患者等の診療又は検査を行う医療機関（診療・検査医療機関（仮称））

③ 都道府県、政令市及び特別区からの依頼又は委託等により宿泊療養・自宅療養の新型コロナ患者に対するフォローアップ業務、受入施設での対応等に従事する医療資格者等が勤務する医療機関等

※　③の医療機関等の場合、補助対象は、当該フォローアップ業務、受入施設での対応等に従事する医療資格者等に係る年間の保険料の一部となります。

④ 都道府県、政令市及び特別区から役割を設定された地域外来・検査センターに出務する医療資格者等が勤務する医療機関等

※　④の医療機関等の場合、補助対象は、地域外来･検査センターに出務する医療資格者等に係る年間の保険料の一部となります。

2. 対象となる医療資格者等

次の医療資格を有する者等

・　医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、診療放射線技師、診療エックス線技師、臨床検査技師、衛生検査技師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士、臨床工学技士、義肢装具士、救急救命士、歯科衛生士、歯科技工士、管理栄養士、栄養士若しくは精神保健福祉士又は当該医療機関において現に診療報酬による評価の対象となっている看護補助者等

3. 補助基準額

医療資格者等の年間の保険料の２分の１（1 人あたり 1,000 円を上限）

※　剰余金を返還する保険契約の場合は、医療資格者等の年間の保険料から剰余金を控除した額の２分の１（1 人あたり 1,000 円を上限）

4. 対象となる労災給付上乗せ補償保険

アを満たす民間保険（ア及びイを満たすものを含む。）であって、令和２年４月１日から令和３年３月３１日までの間に、契約を締結し、契約の始期があるもの

ア　休業補償

被用者が業務において新型コロナに罹患して休業し、労働基準監督署の労災認定を受けた場合に、労災給付の上乗せ補償を行う保険

イ　死亡補償又は障害補償

被用者が業務において新型コロナに罹患して死亡し、又は障害が残り、労働基準監督署の労災認定を受けた場合に、死亡補償金又は障害補償金を給付する保険

5. 申請書の提出

（１）提出期限　令和３年２月２６日（当日消印有効）

（２）提出方法　以下へ郵送してください。

住所：〒100-8779　銀座郵便局留

宛先：100-8916　厚生労働省労災給付上乗せ補償保険加入支援事業担当　宛

（３）提出書類　［保険料の支出が終わっている場合］

①精算交付申請書（第４号様式）
②申請書の別紙
③厚生労働省への請求書

下記の厚生労働省ホームページからダウンロードしてください。

④「都道府県等の要請を受けて新型コロナへの対応を行う医療機関等」であることを証する書類（都道府県の指定通知書等）（写し）
⑤保険証券又は契約書（写し）
⑥保険料に係る領収書等の支出額が分かるもの（写し）
⑦労災給付上乗せ補償保険以外の本補助事業の対象とならない特約等が付帯している場合は、付保証明書などその保険料が分かるもの（写し）

［保険料の支払いが終わっていない場合］
①交付申請書（第２号様式）
②申請書の別紙
③厚生労働省への請求書
（下記の厚生労働省ホームページからダウンロードしてください。）
④「都道府県等の要請を受けて新型コロナへの対応を行う医療機関等」であることを証する書類（都道府県の指定通知書等）（写し）
⑤加入する保険商品の概要が分かる資料（パンフレット等）（写し）
⑥労災給付上乗せ補償保険以外の本補助事業の対象とならない特約等が付帯している場合は、付保証明書などその保険料が分かるもの（写し）

※提出書類①～③は以下の厚生労働省ＨＰに掲載されていますので、ダウンロードして記載して下さい。
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000098580_00003.html

※提出書類④は都道府県から指定通知書や証明書などの交付を受けてください（都道府県に交付を依頼してください）。既に証明する書類を交付されている場合は、当該証明書等でもかまいません。

※申請書の作成方法等は、別添の「申請書等の入力・作成・提出方法」や「申請書記載例」を参照してください。

※提出していただいた書類に記載不備等があった場合には再提出を依頼する場合もありますので、申請書類はなるべく早く提出してください。

６．補助金の交付決定等

提出いただいた申請書については、補助対象となる医療機関等であるか等の審査を行います。

審査の結果、補助金の交付を決定した医療機関等には「交付決定通知書」を郵送するとともに、請求書に記載の金融機関へ振込を行います。

※申請書の受付から振込までは、おおよそ２～４週間程度を見込んでおります。それ以上連絡がない場合には、お手数ですが、末尾に記載のコールセンターまでご連絡をお願いいたします。

なお、申請時に保険料の支出が終わっていない場合は、保険料を支出した日から１ヶ月以内又は令和３年４月１０日のいずれか早い日までに事業実績報告書を提出してください。

提出方法：以下へ郵送してください。

住所：〒100-8779　銀座郵便局留

宛先：100-8916　厚生労働省労災給付上乗せ補償保険加入支援事業担当　宛

提出書類：①事業実績報告書（第３号様式）
②実績報告書の別紙
（厚生労働省ホームページからダウンロードしてください。）
③保険証券又は契約書（写し）
④保険料に係る領収書等の支出額が分かるもの（写し）

７．留意事項

（１）同一の保険に対して本補助金と他の補助金を重複して受けとることはできません。

（１）本補助金の申請は、原則１回限りですので、申請漏れ等ないように確認をお願いします。

８．添付資料

（１）本補助金の概要資料

（２）Ｑ＆Ａ

（３）申請書等の入手・作成・提出方法

（４）申請書記載例

（５）令和２年度新型コロナウイルス対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業補助金交付要綱

厚生労働省医政局医 療 経 理 室
医療経営支援課
（問合せ先）
厚生労働省医療提供体制支援補助金
コールセンター
電話：０１２０－３３６－９３３

医療資格者の労災給付の上乗せを行う医療機関への補助
（新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業）

事業目的

国による直接執行（予算額：10億円）

新型コロナへの対応を行う医療機関において、勤務する医療資格者が感染した際に労災給付の上乗せ補償を行う民間保険に加入した場合に、保険料の一部を補助することにより、医療資格者の収入面の不安等を解消して離職防止等につなげ、新型コロナ対応医療機関の運営の安定を図る。

事業内容

新型コロナへの対応を行う医療機関において、勤務する医療資格者が感染した際に労災給付の上乗せ補償を行う民間保険に加入した場合に、保険料の一部を補助する。

〔対象医療機関〕都道府県等の要請を受けて新型コロナへの対応を行う次の保険医療機関

① 重点医療機関、協力医療機関その他の都道府県が新型コロナ患者・疑い患者の入院受入れを割り当てた医療機関

② 帰国者・接触者外来、地域外来・検査センター、診療・検査医療機関（仮称）

③ 宿泊療養・自宅療養の新型コロナ患者に対するフォローアップ業務、受入施設での対応等に従事する医療資格者が勤務する医療機関（③の場合、補助対象は、当該フォローアップ業務、受入施設での対応等に従事する医療資格者）

④ 地域外来・検査センターに出務する医療資格者が勤務する医療機関（④の場合、補助対象は、地域外来・検査センターに出務する医療資格者）

※ 医療機関の事務の簡素化のため、国への補助金の申請や保険契約の申込等を委託することも可能。

〔対象者〕勤務する医療資格者

〔補助基準額〕年間の保険料の一部（2分の1）、1人あたり1,000円を上限

〔対象となる労災給付上乗せ補償保険〕

以下のアを満たす民間保険（ア及びイを満たすものを含む。）

※ 令和2年4月1日から令和3年3月31日までの間に、契約を締結し、契約の始期があるもの。

ア 休業補償：被用者が業務において新型コロナウイルス感染症に罹患して休業し、労働基準監督署の労災認定を受けた場合に、労災給付の上乗せ補償を行う保険

イ 死亡補償又は障害補償：被用者が業務において新型コロナウイルス感染症に罹患して死亡し、又は障害が残り、労働基準監督署の労災認定を受けた場合に、死亡補償金又は障害補償金を給付する保険

令和2年 10 月 12 日更新

令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業Ｑ＆Ａ（第２版）

	質問	回答
①	非常勤職員や派遣職員は対象となるのか。	非常勤職員は対象となるが、派遣職員は対象外となる。
②	医療法人の理事長や、個人立診療所のオーナー医師など、政府労災保険制度上、「被用者」に含まれない医療資格者は対象外となるのか。	政府労災保険において「被用者」に含まれない医療資格者についても、労災保険の特別加入制度により労災保険に加入している者は、本補助金の対象となる。（民間保険の契約の際に、特別加入に関する特約条項を追加で契約する必要がある場合がある。）
③	保険金の支払いはどのように行われるのか。	対象である医療資格者等が、新型コロナウイルス感染症による労災として認定され、政府労災保険の給付対象となった場合に、保険会社から保険金が支払われることになるが、具体的には個々の保険会社における約款及び審査による。
④	保険商品は新型コロナウイルスに感染した場合のみを対象とする保険である必要があるのか。	新型コロナウイルス感染に起因する休業が対象となる保険商品であれば、差し支えない。
⑤	地方自治体立病院の職員については、地方公務員災害補償法に基づき、公務災害として補償が行われるが、公立病院の職員は対象外なのか。	「公務災害補償制度」を「政府労災保険」に準じるものとみなし、対象として差し支えない。
⑥	休業補償と死亡補償を提供する保険商品が対象となるのか。	休業補償のみの保険商品でも対象となる。死亡補償のみの保険商品は対象外である。
⑦	保険金の給付にあたって、労災認定を必要としない「業務災害保険」も対象となるのか。	保険金給付の判定において、労災認定を必要としない保険商品は対象外である。
⑧	保険契約に、休業補償・死亡補償・障害補償以外の補償が含まれる場合はどのような取扱いになるのか。	休業補償・死亡補償・障害補償以外のオプション保険料について、対象から控除することとする。
⑨	本事業の対象として、交付要綱に「都道府県、政令市及び特別区からの依頼又は委託等により宿泊療養・自宅療養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業務、受入施設での対応等に従事する医療資格者等が勤務する医療機関等」「都道府県、政令市及び特別区から役割を設定された地域外来・検査センターに出務する医療資格者等が勤務する医療機関等」とされているが、医療機関等の「等」は何を指すのか。	医療機関等の「等」については、「都道府県、政令市及び特別区からの依頼若しくは委託等により宿泊療養・自宅療養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業務、受入施設での対応等に従事する医療資格者等が勤務する保険薬局又は看護協会」「都道府県、政令市及び特別区から役割を設定された地域外来・検査センターに出務する医療資格者等が勤務する保険薬局又は看護協会」である。

令和2年 10 月 12 日更新

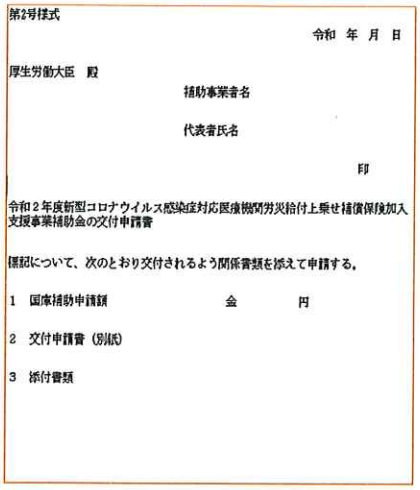
⑩	本事業の対象となる医療資格者等として、交付要綱に「当該医療機関において現に診療報酬による評価の対象となっている看護補助者等」とされているが、これにより、具体的にはどのような者が対象になるのか。	「当該医療機関において現に診療報酬による評価の対象となっている看護補助者等」については、例えば、 ・当該医療機関において現に急性期看護補助体制加算による評価の対象となっている看護補助者 ・当該医療機関において現に医師事務作業補助体制加算による評価の対象となっている医師事務作業補助者 ・当該医療機関において現に入退院支援加算による評価の対象となっている社会福祉士 等が該当する。

申請書等の入手・作成・提出方法

1．申請書等の入手方法

・申請書等は以下の厚生労働省ホームページよりダウンロードしてください
［厚生労働省ホームページ］https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000098580_00003.html

【申請書】



第2号様式

令和　年　月　日

厚生労働大臣　殿

補助事業者名

代表者氏名

印

令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業補助金の交付申請書

標記について、次のとおり交付されるよう関係書類を添えて申請する。

1　国庫補助申請額　　金　　円

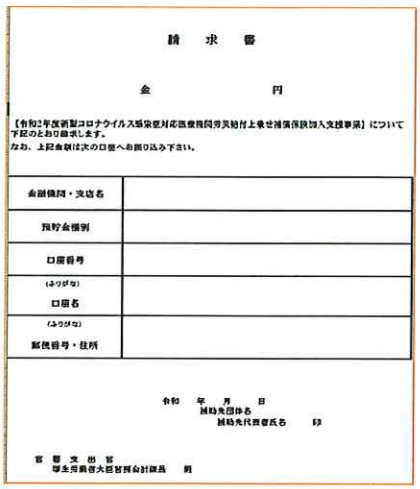
2　交付申請書（別紙）

3　添付書類

【申請書の別紙】



【請求書】



請　求　書

金　　円

【令和2年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業】について下記のとおり請求します。
なお、上記金額は次の口座へお振り込み下さい。

金融機関・支店名	
預貯金種別	
口座番号	
(ふりがな) 口座名	
(ふりがな) 郵便番号・住所	

令和　年　月　日
補助先団体名
補助先代表者氏名　　印

※申請書がダウンロードできない場合は、下記の［照会先］にお問い合わせください

2．申請書等の記載方法

※必ず記載例を参考にしてください

・申請書と請求書は、以下の手順により作成してください

作成手順　①電子媒体記載例を参考に、【申請書の別紙】の黄色セルをすべて入力してください
※【申請書の別紙】に入力した情報は「申請書」と「請求書」に自動反映されます

②作成した申請書等を印刷してください

③申請書と請求書に代表者印を押印してください

3．申請書等の提出方法

※申請は、原則として１回限りとなります

・申請書等は、以下まで郵送してください
※必ず、封筒の表面に「申請書　在中」と朱書きしてください

提出書類　①申請書　②申請書の別紙　③請求書　④新型コロナ対応医療機関の類型を証明する書類等
⑤保険証券又は契約書（写し）

※申請時に支払いが完了している場合は、保険料の支出額が確認できる書類（領収書等）の写しを同封してください

提出期限　令和３年２月２６日（当日消印有効）

【送付先】住所：〒100-8779　銀座郵便局留
宛先：100-8916　厚生労働省労災給付上乗せ補償保険加入支援事業担当　宛

［照会先］　厚生労働省医療提供体制支援補助金コールセンター（連絡先）0120－336－933

第4号様式

必要に応じ文書番号を記載してください。 → 医第〇〇-〇号

令和2年10月1日

厚生労働大臣　殿

電子媒体記載例

補助事業者名

〇〇病院

代表者氏名

〇〇△△

代表者印を押印してください。 → 印

令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業補

交付申請書別紙より自動転記されますので文書番号の発番が必要な場合のみ日付の上に記載してください。

標記について、次　　申請する。

1　国庫補助申請額　　金　¥40,000 円

2　精算交付申請書（別紙）

3　添付書類

電子媒体記載例

黄色セル部分に記載をお願いいたします。

（別紙）令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業精算交付申請書

申請年月日	令和	2	年	10	月	1	日	
1	医療機関の名称、医療機関番号及び代表者名	名称	○○病院		番号	1234567890		
		代表者名	○○△△					
2	新型コロナ対応の類型	②都道府県から役割を設定された帰国者・接触者外来を設置する医療機関、都道府県、政令市及び特別区から役割を設定された地域外来・検査センター並びに都道府県から指定された発熱患者等の診療又は検査を行う医療機関（診療・検査医療機関（仮称））						
3	労災給付上乗せ補償保険の対象の医療資格者数（人）							
	医師	歯科医師	薬剤師	保健師	助産師	看護師	准看護師	診療放射線技師
	15					20		
	診療ｴｯｸｽ線技師	臨床検査技師	衛生検査技師	理学療法士	作業療法士	視能訓練士	言語聴覚士	臨床工学技士
	義肢装具士	救急救命士	歯科衛生士	歯科技工士	管理栄養士	栄養士	精神保健福祉士	合計
						5		40
4	３の医療資格者以外で保険に加入している者（事務職員、看護補助者等）の人数（人）							10
5	保険商品の会社名及び商品名	保険会社の名称			保険商品名			
		○○生命			コロナ休業補償			
6	保険の締結日	令和	2	年	9	月	15	日
7	保険の始期	令和	2	年	10	月	1	日
	申請時に支払が完了している						はい	
8	保険料の総額（円）	100,000						
	総額のうち、3の医療資格者分	80,000	総額のうち、4の医療資格者以外の分		20,000			
9	医療資格者分の保険料の総額×1/2（円）	40,000						
10	3の医療資格者数×補助基準額(1人あたり1000円)（円）	40,000						
11	8の保険料に対する寄付金、その他収入額（円）	0						
12	国庫補助申請額（9、10及び保険料の総額から11を引いた額を比較して低い額）（円）	40,000						
13	医療機関の住所	郵便番号	100-0001	住所	東京都千代田区○○町○番○号			
14	医療機関の電話番号	03-●●●●-××××						
15	担当者の所属及び氏名	所属	○○部	氏名	厚労　太郎			
16	担当者のＥメール	kourou@○○.jp						
17	補助金の振込先	金融機関名	支店名					
		○○銀行	△△支店					
		金融機関コード	支店コード					
		0123	012					
		口座名義	フリガナ					
		○○病院	ﾏﾙﾏﾙﾋﾞﾖｳｲﾝ					
		口座種別	口座番号					
		普通	1234567					

2．コロナ対応の類型
プルダウンから該当する類型を選択してください。

3．保険の対象とした医療従事者数について
労災給付上乗せ補償保険の補助対象となる医療資格者の数を記載してください。

7．事業完了の有無について
申請時に支払が完了している場合はプルダウンから「はい」を、支払が完了していない場合は「いいえ」を選択してください。

8．保険料の額について
労災給付上乗せ補償保険の保険料を記載してください。なお、本補助金の交付申請は原則として１回限りとなります。金額誤りのないようご留意してください。

11．寄付金、その他収入額について
保険料に対して本補助金以外の寄付金やそのほかの収入を用いる場合はその金額を、用いない場合は「0円」と記載してください。

（記載上の注意事項）

全体　黄色く塗られたセルのみ入力してください。

2　新型コロナ対応の類型について、プルダウンメニューで選択してください。また、類型を証明する書類（都道府県からの指定通知書等）の写しを添付してください。

3、4　所属人数ではなく、労災給付上乗せ補償保険の対象者数を記載してください。なお、３、４に記載した人数の合計は保険契約上の人数と一致させてください。

5　労災給付上乗せ補償保険の保険証券・契約書の写し及び保険商品の概要資料（パンフレットの写し等）を添付してください。

6、7　令和2年4月1日から令和3年3月31日までの間に、契約を締結し、契約の始期がある場合が補助対象です。

7　申請時に支払が完了している場合はプルダウンから「はい」を、支払が完了していない場合は「いいえ」を選択してください。

12　３、４、８、11を入力すると、国庫補助申請額が自動算出されます。（9、10、12は自動算出されるので入力しないでください）

電子媒体記載例

請　求　書

金　　40,000　　円

【令和2年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業】についてを下記のとおり請求します。

なお、上記金額は次の口座へお振り込み下さい。

金融機関・支店名	○○銀行△△支店
預貯金種別	
口座番号	
(ふりがな) 口座名	ﾏﾙﾏﾙﾋﾞｮｳｲﾝ ○○病院
郵便番号・住所	100-0001東京都千代田区○○町○番○号

交付申請書別紙より自動転記されます（記載する場所はありません）ので転記内容をご確認のうえ、代表者印を押印してください。

令和　年　月　日

団体名　　○○病院

代表者氏名　　○○△△　　印

官　署　支　出　官
厚生労働省大臣官房会計課長　　殿

紙媒体記載例

黄色部分に記載をお願いいたします

申請時に支払が完了していない場合は『第２号様式』、
支払いが完了している場合は『第４号様式』を使用してください。
（記載例として第２号様式と記載してあります）

第2号様式

必要に応じ文書番号を記載してください（文書番号がない場合は記載不要です）。
申請日を記載してください。

医第〇〇-〇号
令和　年　月　日

厚生労働大臣

補助事業者名

医療機関名、代表者名を記載の上押印してください。

代表者氏名

〇〇病院

〇〇△△

印

令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業補助金の交付申請書

標記について、次のとおり交付されるよう関係書類を添えて申請する。

１　国庫補助申請額　　金　　円

２　交付申請書（別紙）

３　添付書類

別紙記載の補助申請額と同額を記載してください。

紙媒体記載例

黄色部分に記載をお願いいたします。

（別紙）令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業精算交付申請書

申請年月日	令和	2	年	10	月	1	日	
1	医療機関の名称、医療機関番号及び代表者名	名称	○○病院		番号	1234567890		
		代表者名	○○△△					
2	新型コロナ対応の類型	②						
3	労災給付上乗せ補償保険の対象の医療資格者数（人）							
	医師	歯科医師	薬剤師	保健師	助産師	看護師	准看護師	診療放射線技師
	15					20		
	診療ｴｯｸｽ線技師	臨床検査技師	衛生検査技師	理学療法士	作業療法士	視能訓練士	言語聴覚士	臨床工学技士
	義肢装具士	救急救命士	歯科衛生士	歯科技工士	管理栄養士	栄養士	精神保健福祉士	合計
						5		40
4	３の医療資格者以外で保険に加入している者（事務職員、看護補助者等）の人数（人）							10
5	保険商品の会社名及び商品名	保険会社の名称			保険商品名			
		○○生命			コロナ休業補償			
6	保険の締結日	令和	2	年	9	月	15	日
7	保険の始期	令和	2	年	10	月	1	日
	申請時に支払が完了している						はい	
8	保険料の総額（円）	100,000						
	総額のうち、3の医療資格者分	80,000			総額のうち、4の医療資格者以外の分		20,000	
9	医療資格者分の保険料の総額×1/2（円）	40,000						
10	3の医療資格者数×補助基準額(1人あたり1000円)（円）	40,000						
11	8の保険料に対する寄付金、その他収入額（円）	0						
12	国庫補助申請額（9、10及び保険料の総額から11を引いた額を比較して低い額）（円）	40,000						
13	医療機関の住所	郵便番号	100-0001		住所	東京都千代田区○○町○番○号		
14	医療機関の電話番号	03-●●●●-××××						
15	担当者の所属及び氏名	所属	○○部		氏名	厚労　太郎		
16	担当者のＥメール	kourou@○○.jp						
17	補助金の振込先	金融機関名			支店名			
		○○銀行			△△支店			
		金融機関コード			支店コード			
		0123			012			
		口座名義			フリガナ			
		○○病院			ﾏﾙﾏﾙﾋﾞﾖｳｲﾝ			
		口座種別			口座番号			
		普通			1234567			

2．コロナ対応の類型
交付要綱３．（交付の対象）（１）①～④から当てはまる類型を記載してください。

3．保険の対象とした医療従事者数について
労災給付上乗せ補償保険の補助対象となる医療資格者の数を記載してください。

7．事業完了の有無について
申請時に支払が完了している場合は「はい」を、支払が完了していない場合は「いいえ」を記載してください。

8．保険料の額について
労災給付上乗せ補償保険の保険料を記載してください。
総額のうち医療資格者分、医療資格者以外分は、保険料の総額を医療資格者数と医療資格者以外の人数で按分する等により記載してください。（※参照）

なお、本補助金の交付申請は原則として１回限りとなります。金額誤りのないようご留意してください。

11．寄付金、その他収入額について
保険料に対して本補助金以外の寄付金やそのほかの収入を用いる場合はその金額を、用いない場合は「0円」と記載してください。

（記載上の注意事項）

全体　黄色く塗られたセルのみ入力してください。

2　新型コロナ対応の類型について、プルダウンメニューで選択してください。また、類型を証明する書類（都道府県からの指定通知書等）の写しを添付してください。

3、4　所属人数ではなく、労災給付上乗せ補償保険の対象者数を記載してください。なお、３、４に記載した人数の合計は保険契約上の人数と一致させてください。

5　労災給付上乗せ補償保険の保険証券・契約書の写し及び保険商品の概要資料（パンフレットの写し等）を添付してください。

6、7　令和2年4月1日から令和3年3月31日までの間に、契約を締結し、契約の始期がある場合が補助対象です。

7　申請時に支払が完了している場合はプルダウンから「はい」を、支払が完了していない場合は「いいえ」を選択してください。

12　３、４、８、11を入力すると、国庫補助申請額が自動算出されます。（9、10、12は自動算出されるので入力しないでください）

※保険料総額のうち、医療資格者分と医療資格者以外分の保険料算定例

医療資格者40人　医療資格者以外10人　　保険料＝100,000円（A）
医療資格者分　100,000（円）×40（人）÷（40（人）+10（人））＝80,000円（B）
医療資格者以外分　　（A）－（B）＝20,000円

請　求　書

紙媒体記載例

黄色部分に記載をお願いいたします

金　〇〇〇〇　円

別紙記載の補助申請額と同額を記載してください。

【令和2年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業】について
のとおり請求します。

なお、上記金額は次の口座へお振り込み下さい。

金融機関・支店名	〇〇銀行　△△支店
預貯金種別	普通
口座番号	0000001
(ふりがな) 口座名	マルマルビヨウイン 〇〇病院
郵便番号・住所	〒100-0001　東京都千代田区〇〇町〇番〇号

別紙「Ⅱ．補助金」の振込先記載の口座情報等と齟齬のないように記載してください。

令和　　年　　月　　日

団体名　〇〇病院

代表者名　〇〇△△

印

医療機関名、代表者名を記載の上押印してください。

官　署　支　出　官
厚生労働省大臣官房会計課長　　殿

厚生労働省発医政０９１５第１号
令 和 ２ 年 ９ 月 １ ５ 日

各都道府県知事　殿

厚生労働事務次官
（ 公 印 省 略 ）

令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ
補償保険加入支援事業補助金の交付について

標記については、別添「令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業補助金交付要綱」により行うこととされ、令和２年４月１日から適用することとされたので、通知する。

なお、貴職から貴管内の市区町村に対して通知するとともに、関係機関等に周知するようお願いする。

別　添

令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業補助金交付要綱

（通則）

１　令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業補助金については、予算の範囲内において交付するものとし、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律（昭和３０年法律第１７９号）、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律施行令（昭和３０年政令第２５５号。以下「適正化令」という。）及び厚生労働省所管補助金等交付規則（平成１２年厚生省労働省令第６号）の規定によるほか、この交付要綱の定めるところによる。

（交付の目的）

２　新型コロナウイルス感染症対応医療機関が加入する労災給付上乗せ補償保険（被用者の労災事故について政府労災保険の上乗せ補償等を行う保険）の保険料の一部を補助することにより、勤務する医療資格者が新型コロナウイルス感染症に感染して休業等する場合に労災給付の上乗せ補償を行い、医療資格者の収入面の不安等を解消して離職防止等につなげ、新型コロナウイルス感染症対応医療機関の運営の安定を図ることを目的とする。

（交付の対象）

３　この補助金は、（１）の新型コロナウイルス感染症対応医療機関が（２）の要件を満たす労災給付上乗せ補償保険に加入した場合に、当該医療機関に勤務する（３）の医療資格者に係る年間の保険料の一部を補助する。

（１）　新型コロナウイルス感染症対応医療機関

以下のいずれかに該当する保険医療機関とする。

①　重点医療機関、協力医療機関その他の都道府県が新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者の入院受入れを割り当てた医療機関

②　都道府県から役割を設定された帰国者・接触者外来を設置する医療機関、都道府県、政令市及び特別区から役割を設定された地域外来・検査センター並びに都道府県から指定された発熱患者等の診療又は検査を

行う医療機関（診療・検査医療機関（仮称））

③　都道府県、政令市及び特別区からの依頼又は委託等により宿泊療養・自宅療養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業務、受入施設での対応等に従事する医療資格者が勤務する医療機関（③の医療機関の場合、補助対象は、当該フォローアップ業務、受入施設での対応等に従事する医療資格者に係る年間の保険料の一部とする。）

④　都道府県、政令市及び特別区から役割を設定された地域外来・検査センターに出務する医療資格者が勤務する医療機関（④の医療機関の場合、補助対象は、地域外来･検査センターに出務する医療資格者に係る年間の保険料の一部とする。）

（２）　対象となる労災給付上乗せ補償保険

以下のアを満たす民間保険（ア及びイを満たすものを含む。）であって、令和２年４月１日から令和３年３月３１日までの間に、契約を締結し、契約の始期があるものとする。

ア　休業補償

被用者が業務において新型コロナウイルス感染症に罹患して休業し、労働基準監督署の労災認定を受けた場合に、労災給付の上乗せ補償を行う保険

イ　死亡補償又は障害補償

被用者が業務において新型コロナウイルス感染症に罹患して死亡し、又は障害が残り、労働基準監督署の労災認定を受けた場合に、死亡補償金又は障害補償金を給付する保険

（３）　医療資格者

医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、診療放射線技師、診療エックス線技師、臨床検査技師、衛生検査技師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士、臨床工学技士、義肢装具士、救急救命士、歯科衛生士、歯科技工士、管理栄養士、栄養士又は精神保健福祉士の資格を有する者とする。

（交付額の算定方法）

４　この補助金の交付額は、次により算出するものとする。

ただし、算出された額に１，０００円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。

（１）　労災給付上乗せ補償保険の補助対象となる医療資格者に係る年間の保険料に２分の１を乗じた額と補助対象となる医療資格者数に１，０００円を乗じた額とを比較して少ない方の額を選定する。ただし、剰余金を返還

する保険契約の場合は、補助対象となる医療資格者に係る年間の保険料から剰余金を控除した額に２分の１を乗じた額と補助対象となる医療資格者数に１，０００円を乗じた額とを比較して少ない方の額を選定する。

（２）（１）により選定された額と総事業費から寄付金その他の収入額を控除した額とを比較して少ない方の額を交付額とする。

（補助金の概算払）

５　厚生労働大臣は、原則として支払うべき額を確定した後、補助事業者が提出する精算払請求書に基づいて支払を行う。この場合において、厚生労働大臣は、補助事業者から適法な精算払請求書を受理してから速やかにこれをしなければならない。

ただし、補助事業者が概算払による支払を要望する場合は、厚生労働大臣は補助事業者の資力、補助事業の内容及び事務の内容等を勘案し、真にやむを得ないと認めた場合には、これを財務大臣に協議し、承認が得られた場合には概算払をすることができる。

（交付の条件）

６　この補助金の交付の決定には、次の条件が付されるものとする。

（１）　事業の内容の変更（軽微な変更を除く。）をする場合には、厚生労働大臣の承認を受けなければならない。

（２）　事業を中止し、又は廃止する場合には、厚生労働大臣の承認を受けなければならない。

（３）　事業が予定の期間内に完了しない場合又は事業の遂行が困難となった場合には、速やかに厚生労働大臣に報告してその指示を受けなければならない。

（４）　補助金と事業に係る証拠書類等の管理については次によるものとする。

ア　補助事業者が地方公共団体の場合

補助金と事業に係る予算及び決算との関係を明らかにした第１号様式による調書を作成するとともに、事業に係る歳入及び歳出について証拠書類を整理し、かつ調書及び証拠書類を補助金の額の確定の日（事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、その承認を受けた日）の属する年度の終了後５年間保管しておかなければならない。

イ　補助事業者が地方公共団体以外の場合

事業に係る収入及び支出を明らかにした帳簿を備え、当該収入及び支出について証拠書類を整理し、かつ、当該帳簿等及び証拠書類を補助金の額の確定の日（事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、その承認を

受けた日）の属する年度の終了後５年間保管しておかなければならない。

（５）　この補助金に係る補助金の交付と対象経費を重複して、他の補助金を受けてはならない。

（申請手続）

７　この補助金の交付の申請は、第２号様式による申請書に関係書類を添えて、厚生労働大臣が別に定める日までに厚生労働大臣に提出するものとする。

（変更申請手続）

８　この補助金の交付決定後の事情の変更により申請の内容を変更して追加交付申請等を行う場合には、７に定める申請手続に従い、厚生労働大臣が別に定める日までに行うものとする。

（交付決定までの標準的期間）

９　厚生労働大臣は、７又は８に定める申請書が到達した日から起算して原則として１か月以内に交付の決定（決定の変更を含む。）を行うものとする。

（実績報告）

10　この補助金の事業実績報告は、事業完了の日から起算して１か月を経過した日（６の（２）により事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、当該承認通知を受理した日から起算して１か月を経過した日）又は令和３年４月１０日のいずれか早い日までに第３号様式による報告書を厚生労働大臣に提出しなければならない。

なお、事業実績報告後に保険料の返還があった場合や当該保険の解約を行った場合には、第３号様式により速やかに厚生労働省に報告しなければならない。

（補助金の返還）

11　厚生労働大臣は、交付すべき補助金の額を確定した場合において、既にその額を超える補助金が交付されているときは、期限を定めて、その超える部分について国庫に返還することを命ずる。

（その他）

12　特別の事情により４、７、８及び10に定める算定方法、手続きによることができない場合には、あらかじめ厚生労働大臣の承認を受けてその定めるところによるものとする。

なお、この補助金について、精算交付申請を行う場合は、別途指示する期日までに、第４号様式による申請書を厚生労働大臣に提出して行うものとする。

【掲載資料一覧】

申請時に使用するシート
- ○第2号・第４号様式
- ○別紙
- ○請求書

記載例
- ○第２・４号様式（電子記載例）
- ○別紙（電子記載例）
- ○請求書（電子記載例）
- ○第２．４号様式（紙記載例）
- ○別紙（紙記載例）
- ○請求書（紙記載例）

第2号様式

令和年月日

厚生労働大臣　殿

令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業補助金の交付申請書

標記について、次のとおり交付されるよう関係書類を添えて申請する。

１　国庫補助申請額　　金　#DIV/0!　円

２　交付申請書（別紙）

３　添付書類

（別紙）令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業交付申請書

申請年月日	令和		年		月		日	
1	医療機関等の名称、医療機関等番号及び代表者名	名称			番号			
		代表者名						
2	新型コロナ対応の類型							
3	労災給付上乗せ補償保険の対象の医療資格者等数（人）							
	医師	歯科医師	薬剤師	保健師	助産師	看護師	准看護師	診療放射線技師
	診療ｴｯｸｽ線技師	臨床検査技師	衛生検査技師	理学療法士	作業療法士	視能訓練士	言語聴覚士	臨床工学技士
	義肢装具士	救急救命士	歯科衛生士	歯科技工士	管理栄養士	栄養士	精神保健福祉士	その他看護補助者等
	労災給付上乗せ補償保険の対象の医療資格者等の合計							0
4	３の医療資格者等以外で保険に加入している者の人数（人）							
5	保険商品の会社名及び商品名	保険会社の名称			保険商品名			
6	保険の締結日	令和		年		月		日
7	保険の始期	令和		年		月		日
	申請時に支払が完了している							
8	保険料の総額（円）							
	総額のうち、3の医療資格者等分	#DIV/0!		総額のうち、4の医療資格者等以外の分	#DIV/0!			
9	医療資格者等分の保険料の総額×1/2（円）	#DIV/0!						
10	3の医療資格者等数×補助基準額(1人あたり1000円)（円）	0						
11	8の保険料に対する寄付金、その他収入額（円）							
12	国庫補助申請額（9、10及び保険料の総額から11を引いた額を比較して低い額）（円）	#DIV/0!						
13	医療機関等の住所	郵便番号		住所				
14	医療機関等の電話番号							
15	担当者の所属及び氏名	所属		氏名				
16	担当者のＥメール							
17	補助金の振込先	金融機関名		支店名				
		金融機関コード		支店コード				
		口座名義		フリガナ				
		口座種別		口座番号				
		普通						

（記載上の注意事項）

全体　黄色く塗られたセルのみ入力してください。

2　新型コロナ対応の類型について、プルダウンメニューで選択してください。また、類型を証明する書類（都道府県からの指定通知書等）の写しを添付してください。

3　労災給付上乗せ補償保険の対象の医療資格者等数の「その他看護補助者等」欄には当該医療機関において現に診療報酬による評価の対象となっている者の対象者数を記載してください。

3、4　所属人数ではなく、労災給付上乗せ補償保険の対象者数を記載してください。なお、３、４に記載した人数の合計は保険契約上の人数と一致させてください。

5　労災給付上乗せ補償保険の保険証券又は契約書の写し及び保険商品の概要資料（パンフレットの写し等）を添付してください。

6、7　令和2年4月1日から令和3年3月31日までの間に、契約を締結し、契約の始期がある場合が補助対象です。

7　申請時に支払が完了している場合はプルダウンから「はい」を、支払が完了していない場合は「いいえ」を選択してください。

8　労災給付上乗せ補償保険以外の本補助事業の対象とならない特約等が付帯している場合は、労災給付上乗せ補償保険に対する保険料のみを記載して下さい。また、付保証明書などその保険料が分かるものの写しを添付して下さい。

12　３、４、８、11を入力すると、国庫補助申請額が自動算出されます。（9、10、12は自動算出されるので入力しないでください）

請　求　書

金　　#DIV/0!　　円

【令和2年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業】についてを下記のとおり請求します。

なお、上記金額は次の口座へお振り込み下さい。

金融機関・支店名	
預貯金種別	普通
口座番号	0
(ふりがな) 口座名	0 0
郵便番号・住所	

令和　　年　　月　　日

団体名　　0

代表者氏名　　0

印

官 署 支 出 官
厚生労働省大臣官房会計課長　殿

【掲載資料一覧】

申請時に使用するシート
- ○第2号・第４号様式
- ○別紙
- ○請求書

記載例
- ○第２・４号様式（電子記載例）
- ○別紙（電子記載例）
- ○請求書（電子記載例）
- ○第２．４号様式（紙記載例）
- ○別紙（紙記載例）
- ○請求書（紙記載例）

第4号様式

必要に応じ文書番号を記載してください。

⇒ 医第〇〇-〇号
令和2年10月1日

電子媒体記載例

厚生労働大臣　殿

補助事業者名　〇〇病院

代表者氏名　〇〇△△

令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業補

交付申請書別紙より自動転記されますので文書番号の発番が必要な場合のみ日付の上に記載してください。

標記について、次　　申請する。

1　国庫補助申請額　　金　¥40,000 円

2　精算交付申請書（別紙）

3　添付書類

電子媒体記載例

黄色セル部分に記載をお願いいたします。

（別紙）令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業精算交付申請書

申請年月日	令和	2	年	10	月	1	日	
1	医療機関等の名称、医療機関等番号及び代表者名	名称	○○病院		番号	1234567890		
		代表者名	○○△△					
2	新型コロナ対応の類型	③都道府県、政令市及び特別区からの依頼又は委託等により宿泊療養・自宅療養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業務、受入施設での対応等に従事する医療資格者等が勤務する医療機関等						
3	労災給付上乗せ補償保険の対象の医療資格者等数（人）							
	医師	歯科医師	薬剤師	保健師	助産師	看護師	准看護師	診療放射線技師
	15					20		
	診療ｴｯｸｽ線技師	臨床検査技師	衛生検査技師	理学療法士	作業療法士	視能訓練士	言語聴覚士	臨床工学技士
	義肢装具士	救急救命士	歯科衛生士	歯科技工士	管理栄養士	栄養士	精神保健福祉士	その他看護補助者等
						5		
	労災給付上乗せ補償保険の対象の医療資格者等の合計							40
4	３の医療資格者等以外で保険に加入している者の人数（人）							10
5	保険商品の会社名及び商品名	保険会社の名称			保険商品名			
		○○生命			コロナ休業補償			
6	保険の締結日	令和	2	年	9	月	15	日
7	保険の始期	令和	2	年	10	月	1	日
	申請時に支払が完了している						はい	
8	保険料の総額（円）	100,000						
	総額のうち、3の医療資格者等分	80,000	総額のうち、4の医療資格者等以外の分		20,000			
9	医療資格者等分の保険料の総額×1/2（円）	40,000						
10	3の医療資格者等数×補助基準額(1人あたり1000円)（円）	40,000						
11	8の保険料に対する寄付金、その他収入額（円）	0						
12	国庫補助申請額（9、10及び保険料の総額から11を引いた額を比較して低い額）（円）	40,000						
13	医療機関等の住所	郵便番号	100-0001	住所	東京都千代田区○○町○番○号			
14	医療機関等の電話番号	03-●●●●-××××						
15	担当者の所属及び氏名	所属	○○部	氏名	厚労　太郎			
16	担当者のＥメール	kourou@○○.jp						
17	補助金の振込先	金融機関名		支店名				
		○○銀行		△△支店				
		金融機関コード		支店コード				
		0123		012				
		口座名義		フリガナ				
		○○病院		マルマルビヨウイン				
		口座種別		口座番号				
		普通		1234567				

2．コロナ対応の類型
プルダウンから該当する類型を選択してください。

3．保険の対象とした医療資格者等数について
労災給付上乗せ補償保険の補助対象となる医療資格者等の数を記載してください。

7．事業完了の有無について
申請時に支払が完了している場合はプルダウンから「はい」を、支払が完了していない場合は「いいえ」を選択してください。

8．保険料の額について
労災給付上乗せ補償保険の保険料を記載してください。なお、本補助金の交付申請は原則として１回限りとなります。金額誤りのないようご留意してください。

11．寄付金、その他収入額について
保険料に対して本補助金以外の寄付金やそのほかの収入を用いる場合はその金額を、用いない場合は「0円」と記載してください。

（記載上の注意事項）

全体　黄色く塗られたセルのみ入力してください。

2　新型コロナ対応の類型について、プルダウンメニューで選択してください。また、類型を証明する書類（都道府県からの指定通知書等）の写しを添付してください。

3　労災給付上乗せ補償保険の対象の医療資格者等数の「その他看護補助者等」欄には当該医療機関において現に診療報酬による評価の対象となっている者の対象者数を記載してください。

3、4　所属人数ではなく、労災給付上乗せ補償保険の対象者数を記載してください。なお、３、４に記載した人数の合計は保険契約上の人数と一致させてください。

5　労災給付上乗せ補償保険の保険証券又は契約書の写し及び保険商品の概要資料（パンフレットの写し等）を添付してください。

6、7　令和2年4月1日から令和3年3月31日までの間に、契約を締結し、契約の始期がある場合が補助対象です。

7　申請時に支払が完了している場合はプルダウンから「はい」を、支払が完了していない場合は「いいえ」を選択してください。

8　労災給付上乗せ補償保険以外の本補助事業の対象とならない特約等が付帯している場合は、労災給付上乗せ補償保険に対する保険料のみを記載して下さい。また、付保証明書などその保険料が分かるものの写しを添付して下さい。

12　３、４、８、11を入力すると、国庫補助申請額が自動算出されます。（9、10、12は自動算出されるので入力しないでください）

請　求　書

電子媒体記載例

金　　40,000　　円

【令和2年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業】についてを下記のとおり請求します。

なお、上記金額は次の口座へお振り込み下さい。

金融機関・支店名	○○銀行△△支店
預貯金種別	普通
口座番号	
（ふりがな） 口座名	マ ○
郵便番号・住所	100-0001東京都千代田区○○町○番○号

交付申請書別紙より自動転記されます（記載する場所はありません）ので転記内容をご確認のうえ、代表者印を押印してください。

令和　年　月　日

団体名　　○○病院

代表者氏名　　○○△△

印

官　署　支　出　官

厚生労働省大臣官房会計課長　　殿

紙媒体記載例

黄色部分に記載をお願いいたします

申請時に支払が完了していない場合は『第２号様式』、
支払いが完了している場合は『第４号様式』を使用してください。
（記載例として第２号様式と記載してあります）

第2号様式

必要に応じ文書番号を記載してください（文書番号がない場合は記載不要です）。
申請日を記載してください。

医第〇〇-〇号
令和　年　月　日

厚生労働大臣

補助事業者名

医療機関名、代表者名を記載してください。

代表者氏名

〇〇病院

〇〇△△

令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業補助金の交付申請書

標記について、次のとおり交付されるよう関係書類を添えて申請する。

１　国庫補助申請額　　金　　円

２　交付申請書（別紙）

３　添付書類

別紙記載の補助申請額と同額を記載してください。

紙媒体記載例

黄色セル部分に記載をお願いいたします。

（別紙）令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業精算交付申請書

申請年月日		令和	2	年	10	月	1	日
1	医療機関等の名称、医療機関等番号及び代表者名		名称	○○病院		番号	1234567890	
			代表者名	○○△△				
2	新型コロナ対応の類型		②					
3	労災給付上乗せ補償保険の対象の医療資格者等数（人）							
	医師	歯科医師	薬剤師	保健師	助産師	看護師	准看護師	診療放射線技師
	15					20		
	診療ｴｯｸｽ線技師	臨床検査技師	衛生検査技師	理学療法士	作業療法士	視能訓練士	言語聴覚士	臨床工学技士
	義肢装具士	救急救命士	歯科衛生士	歯科技工士	管理栄養士	栄養士	精神保健福祉士	その他看護補助者等
						5		
	労災給付上乗せ補償保険の対象の医療資格者等の合計							40
4	３の医療資格者等以外で保険に加入している者の人数（人）							10
5	保険商品の会社名及び商品名		保険会社の名称			保険商品名		
			○○生命			コロナ休業補償		
6	保険の締結日	令和	2	年	9	月	15	日
7	保険の始期	令和	2	年	10	月	1	日
	申請時に支払が完了している						はい	
8	保険料の総額（円）		100,000					
	総額のうち、3の医療資格者等分		80,000	総額のうち、4の医療資格者等以外の分			20,000	
9	医療資格者等分の保険料の総額×1/2（円）		40,000					
10	3の医療資格者等数×補助基準額(1人あたり1000円)（円）		40,000					
11	8の保険料に対する寄付金、その他収入額（円）		0					
12	国庫補助申請額（9、10及び保険料の総額から11を引いた額を比較して低い額）（円）		40,000					
13	医療機関等の住所		郵便番号	100-0001	住所	東京都千代田区○○町○番○号		
14	医療機関等の電話番号		03-●●●●-××××					
15	担当者の所属及び氏名		所属	○○部		氏名	厚労　太郎	
16	担当者のＥメール		kourou@○○.jp					
17	補助金の振込先		金融機関名			支店名		
			○○銀行			△△支店		
			金融機関コード			支店コード		
			0123			012		
			口座名義			フリガナ		
			○○病院			マルマルビヨウイン		
			口座種別			口座番号		
			普通			0000001		

（記載上の注意事項）

全体　黄色く塗られたセルのみ入力してください。

2　新型コロナ対応の類型について、プルダウンメニューで選択してください。また、類型を証明する書類（都道府県からの指定通知書等）の写しを添付してください。

3　労災給付上乗せ補償保険の対象の医療資格者等数の「その他看護補助者等」欄には当該医療機関において現に診療報酬による評価の対象となっている者の対象者数を記載してください。

3、4　所属人数ではなく、労災給付上乗せ補償保険の対象者数を記載してください。なお、３、４に記載した人数の合計は保険契約上の人数と一致させてください。

5　労災給付上乗せ補償保険の保険証券又は契約書の写し及び保険商品の概要資料（パンフレットの写し等）を添付してください。

6、7　令和2年4月1日から令和3年3月31日までの間に、契約を締結し、契約の始期がある場合が補助対象です。

7　申請時に支払が完了している場合はプルダウンから「はい」を、支払が完了していない場合は「いいえ」を選択してください。

8　労災給付上乗せ補償保険以外の本補助事業の対象とならない特約等が付帯している場合は、労災給付上乗せ補償保険に対する保険料のみを記載して下さい。また、付保証明書などその保険料が分かるものの写しを添付して下さい。

12　３、４、８、11を入力すると、国庫補助申請額が自動算出されます。（9、10、12は自動算出されるので入力しないでください）

※保険料総額のうち、医療資格者分と医療資格者以外分の保険料算定例

医療資格者40人　医療資格者以外10人　　保険料＝100,000円（A）
医療資格者分　100,000（円）×40（人）÷（40（人）+10（人））＝80,000円（B）
医療資格者以外分　　（A）－（B）＝20,000円

2．コロナ対応の類型
交付要綱３．（交付の対象）（１）①～④から当てはまる類型を記載してください。

3．保険の対象とした医療資格者等数について
労災給付上乗せ補償保険の補助対象となる医療資格者等の数を記載してください。

7．事業完了の有無について
申請時に支払が完了している場合は「はい」を、支払が完了していない場合は「いいえ」を記載してください。

8．保険料の額について
労災給付上乗せ補償保険の保険料を記載してください。
総額のうち医療資格者等分、医療資格者等以外分は、保険料の総額を医療資格者等数と医療資格者等以外の人数で按分する等により記載してください。（※参照）

なお、本補助金の交付申請は原則として１回限りとなります。金額誤りのないようご留意してください。

11．寄付金、その他収入額について
保険料に対して本補助金以外の寄付金やそのほかの収入を用いる場合はその金額を、用いない場合は「0円」と記載してください。

紙媒体記載例

請　求　書

黄色部分に記載をお願いいたします

金　〇〇〇〇　円

別紙記載の補助申請額と同額を記載してください。

【令和2年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業】についてを下記のとおり請求します。

なお、上記金額は次の口座へお振り込み下さい。

金融機関・支店名	〇〇銀行　△△支店
預貯金種別	普通
口座番号	0000001
(ふりがな) 口座名	マルマルビヨウイン 〇〇病院
郵便番号・住所	〒100-0001　東京都千代田区〇〇町〇番〇号

別紙「Ⅱ．補助金」の振込先記載の口座情報等と齟齬のないように記載してください。

令和　年　月　日

団体名　〇〇病院

代表者名　〇〇△△　印

医療機関名、代表者名を記載の上押印してください。

官署支出官
厚生労働省大臣官房会計課長　殿

厚生労働省発医政1012第４号
令　和　２　年　１０月　１２日

各都道府県知事　　殿

厚生労働事務次官
（公　印　省　略）

令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ
補償保険加入支援事業補助金の交付について

標記の補助金の交付については、令和２年９月１５日厚生労働省発医政第０９１５第１号本職通知の別添「令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業補助金交付要綱」（以下「交付要綱」という。）により行われているところであるが、今般、交付要綱の一部が別添新旧対照表のとおり改正され、令和２年４月１日から適用することとされたので通知する。

なお、貴職から貴管内の市区町村に対して通知するとともに、関係機関等に周知するようお願いする。

（別添）

○令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業補助金の交付について（令和２年９月15日厚生労働省医政0915第１号）の一部改正について　新旧対照表

（下線部分は改正部分）

改　正　後	改　正　前
別　添 令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業補助金交付要綱 １　（略） （交付の目的） ２　新型コロナウイルス感染症対応医療機関が加入する労災給付上乗せ補償保険（被用者の労災事故について政府労災保険の上乗せ補償等を行う保険）の保険料の一部を補助することにより、勤務する医療資格者等が新型コロナウイルス感染症に感染して休業等する場合に労災給付の上乗せ補償を行い、医療資格者等の収入面の不安等を解消して離職防止等につなげ、新型コロナウイルス感染症対応医療機関の運営の安定を図ることを目的とする。 （交付の対象） ３　この補助金は、（１）の新型コロナウイルス感染症対応医療機関が（２）の要件を満たす労災給付上乗せ補償保険に加入した場合に、当該医療機関等に勤務する（３）の医療資格者等に係る年間の保険料の一部を補助する。 （１）　新型コロナウイルス感染症対応医療機関	別　添 令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関給付上乗せ補償保険加入支援事業補助金交付要綱 １　（略） （交付の目的） ２　新型コロナウイルス感染症対応医療機関が加入する労災給付上乗せ補償保険（被用者の労災事故について政府労災保険の上乗せ補償等を行う保険）の保険料の一部を補助することにより、勤務する医療資格者が新型コロナウイルス感染症に感染して休業等する場合に労災給付の上乗せ補償を行い、医療資格者の収入面の不安等を解消して離職防止等につなげ、新型コロナウイルス感染症対応医療機関の運営の安定を図ることを目的とする。 （交付の対象） ３　この補助金は、（１）の新型コロナウイルス感染症対応医療機関が（２）の要件を満たす労災給付上乗せ補償保険に加入した場合に、当該医療機関に勤務する（３）の医療資格者に係る年間の保険料の一部を補助する。 （１）　新型コロナウイルス感染症対応医療機関

以下のいずれかに該当する保険医療機関等とする。 ① 重点医療機関、協力医療機関その他の都道府県が新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者の入院受入れを割り当てた医療機関 ② 都道府県から役割を設定された帰国者・接触者外来を設置する医療機関、都道府県、政令市及び特別区から役割を設定された地域外来・検査センター並びに都道府県から指定された発熱患者等の診療又は検査を行う医療機関（診療・検査医療機関（仮称）） ③ 都道府県、政令市及び特別区からの依頼又は委託等により宿泊療養・自宅療養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業務、受入施設での対応等に従事する医療資格者等が勤務する医療機関等（③の医療機関等の場合、補助対象は、当該フォローアップ業務、受入施設での対応等に従事する医療資格者等に係る年間の保険料の一部とする。） ④ 都道府県、政令市及び特別区から役割を設定された地域外来・検査センターに出務する医療資格者等が勤務する医療機関等（④の医療機関等の場合、補助対象は、地域外来・検査センターに出務する医療資格者等に係る年間の保険料の一部とする。）	以下のいずれかに該当する保険医療機関とする。 ① 重点医療機関、協力医療機関その他の都道府県が新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者の入院受入れを割り当てた医療機関 ② 都道府県から役割を設定された帰国者・接触者外来を設置する医療機関、都道府県、政令市及び特別区から役割を設定された地域外来・検査センター並びに都道府県から指定された発熱患者等の診療又は検査を行う医療機関（診療・検査医療機関（仮称）） ③ 都道府県、政令市及び特別区からの依頼又は委託等により宿泊療養・自宅療養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業務、受入施設での対応等に従事する医療資格者が勤務する医療機関（③の医療機関の場合、補助対象は、当該フォローアップ業務、受入施設での対応等に従事する医療資格者に係る年間の保険料の一部とする。） ④ 都道府県、政令市及び特別区から役割を設定された地域外来・検査センターに出務する医療資格者が勤務する医療機関（④の医療機関の場合、補助対象は、地域外来・検査センターに出務する医療資格者に係る年間の保険料の一部とする。）
（２） （略）	（２） （略）
（３） 医療資格者等 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、診療放射線技師、診療エックス線技師、臨床検査技師、衛生検査技師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士、臨床工学技士、義肢装具士、救急救命士、歯科衛生士、歯科技工士、管理栄養士、栄養士若しくは精神保健福祉士の資格を有する者又は当該医療機関におい	（３） 医療資格者 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、診療放射線技師、診療エックス線技師、臨床検査技師、衛生検査技師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士、臨床工学技士、義肢装具士、救急救命士、歯科衛生士、歯科技工士、管理栄養士、栄養士又は精神保健福祉士の資格を有する者とする。

て現に診療報酬による評価の対象となっている看護補助者等とする。 （交付額の算定方法） ４　この補助金の交付額は、次により算出するものとする。 ただし、算出された額に１，０００円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。 （１）　労災給付上乗せ補償保険の補助対象となる医療資格者等に係る年間の保険料に２分の１を乗じた額と補助対象となる医療資格者等数に１，０００円を乗じた額とを比較して少ない方の額を選定する。ただし、剰余金を返還する保険契約の場合は、補助対象となる医療資格者等に係る年間の保険料から剰余金を控除した額に２分の１を乗じた額と補助対象となる医療資格者等数に１，０００円を乗じた額とを比較して少ない方の額を選定する。 （２）（１）により選定された額と総事業費から寄付金その他の収入額を控除した額とを比較して少ない方の額を交付額とする。 ５～12　（略）	（交付額の算定方法） ４　この補助金の交付額は、次により算出するものとする。 ただし、算出された額に１，０００円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。 （１）　労災給付上乗せ補償保険の補助対象となる医療資格者に係る年間の保険料に２分の１を乗じた額と補助対象となる医療資格者数に１，０００円を乗じた額とを比較して少ない方の額を選定する。ただし、剰余金を返還する保険契約の場合は、補助対象となる医療資格者に係る年間の保険料から剰余金を控除した額に２分の１を乗じた額と補助対象となる医療資格者数に１，０００円を乗じた額とを比較して少ない方の額を選定する。 （２）（１）により選定された額と総事業費から寄付金その他の収入額を控除した額とを比較して少ない方の額を交付額とする。 ５～12　（略）

（別添）

○令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業補助金の交付について（令和２年９月 15 日厚生労働省医政 0915 第１号）の一部改正について　新旧対照表

（下線部分は改正部分）

改　正　後	改　正　前
第２号様式 厚生労働大臣　殿 補助事業者名 代表者氏名 令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業補助金の交付申請書 （略）	第２号様式 厚生労働大臣　殿 補助事業者名 代表者氏名 印 令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業補助金の交付申請書 （略）

第２号様式別紙

（別紙）令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業交付申請書

申請年月日	令和		年		月		日	
1	医療機関等の名称、医療機関等番号及び代表者名	名称			番号			
		代表者名						
2	新型コロナ対応の類型							
3	労災給付上乗せ補償保険の対象の医療資格者等数（人）							
	医師	歯科医師	薬剤師	保健師	助産師	看護師	准看護師	診療放射線技師
	診療エックス線技師	臨床検査技師	衛生検査技師	理学療法士	作業療法士	視能訓練士	言語聴覚士	臨床工学技士
	義肢装具士	救急救命士	歯科衛生士	歯科技工士	管理栄養士	栄養士	精神保健福祉士	その他看護補助者等
	労災給付上乗せ補償保険の対象の医療資格者等の合計							
4	３の医療資格者等以外で保険に加入している者の人数（人）							
5	保険商品の会社名及び商品名	保険会社の名称			保険商品名			
6	保険の締結日	令和		年		月		日
7	保険の始期	令和		年		月		日
	申請時に支払が完了している							
8	保険料の総額（円）							
	総額のうち、3の医療資格者等分			総額のうち、4の医療資格者等以外の分				
9	医療資格者等分の保険料の総額×1/2（円）							
10	3の医療資格者等数×補助基準額(1人あたり1000円)（円）							
11	8の保険料に対する寄付金、その他収入額（円）							
12	国庫補助申請額（9、10及び保険料の総額から11を引いた額を比較して低い額）（円）							
13	医療機関等の住所	郵便番号		住所				
14	医療機関等の電話番号							
15	担当者の所属及び氏名	所属		氏名				
16	担当者のＥメール							
17	補助金の振込先	金融機関名		支店名				
		金融機関コード		支店コード				
		口座名義		フリガナ				
		口座種別		口座番号				

（記載上の注意事項）

全体　黄色く塗られたセルのみ入力してください。

2　新型コロナ対応の類型について、プルダウンメニューで選択してください。また、類型を証明する書類（都道府県からの指定通知書等）の写しを添付してください。

3　労災給付上乗せ補償保険の対象の医療資格者等数の「その他看護補助者等」欄には当該医療機関において現に勤務従事による保険の対象となっている者の対象者数を記載してください。

3、4　所属人数ではなく、労災給付上乗せ補償保険の対象者数を記載してください。なお、３、４に記載した人数の合計は保険契約上の人数と一致させてください。

5　労災給付上乗せ補償保険の保険証券又は契約書の写し及び保険商品の概要資料（パンフレットの写し等）を添付してください。

6、7　令和2年4月1日から令和3年3月31日までの間に、契約を締結し、契約の始期がある場合が補助対象です。

7　申請時に支払が完了している場合はプルダウンから「はい」を、支払が完了していない場合は「いいえ」を選択してください。

8　労災給付上乗せ補償保険以外の本補助事業の対象とならない特約等が付帯している場合は、労災給付上乗せ補償保険に対する保険料のみを記載して下さい。また、付保証明書などその保険料が分かるものの写しを添付して下さい。

12　３、４、８、11を入力すると、国庫補助申請額が自動算出されます。（9、10、12は自動算出されるので入力しないでください）

第２号様式別紙

（別紙）令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業交付申請書

申請年月日	令和		年		月		日	
1	医療機関の名称、医療機関番号及び代表者名	名称			番号			
		代表者名						
2	新型コロナ対応の類型							
3	労災給付上乗せ補償保険の対象の医療資格者数（人）							
	医師	歯科医師	薬剤師	保健師	助産師	看護師	准看護師	診療放射線技師
	診療エックス線技師	臨床検査技師	衛生検査技師	理学療法士	作業療法士	視能訓練士	言語聴覚士	臨床工学技士
	義肢装具士	救急救命士	歯科衛生士	歯科技工士	管理栄養士	栄養士	精神保健福祉士	合計
4	３の医療資格者以外で保険に加入している者（事務職員、看護補助者等）の人数（人）							
5	保険商品の会社名及び商品名	保険会社の名称			保険商品名			
6	保険の締結日	令和		年		月		日
7	保険の始期	令和		年		月		日
	申請時に支払が完了している							
8	保険料の総額（円）							
	総額のうち、3の医療資格者分			総額のうち、4の医療資格者以外の者分				
9	医療資格者分の保険料の総額×1/2（円）							
10	3の医療資格者数×補助基準額(1人あたり1000円)（円）							
11	8の保険料に対する寄付金、その他収入額（円）							
12	国庫補助申請額（9、10及び保険料の総額から11を引いた額を比較して低い額）（円）							
13	医療機関の住所	郵便番号		住所				
14	医療機関の電話番号							
15	担当者の所属及び氏名	所属		氏名				
16	担当者のＥメール							
17	補助金の振込先	金融機関名		支店名				
		金融機関コード		支店コード				
		口座名義		フリガナ				
		口座種別		口座番号				

（記載上の注意事項）

全体　黄色く塗られたセルのみ入力してください。

2　新型コロナ対応の類型について、プルダウンメニューで選択してください。また、類型を証明する書類（都道府県からの指定通知書等）の写しを添付してください。

3、4　所属人数ではなく、労災給付上乗せ補償保険の対象者数を記載してください。なお、３、４に記載した人数の合計は保険契約上の人数と一致させてください。

5　労災給付上乗せ補償保険の保険証券・契約書の写し及び保険商品の概要資料（パンフレットの写し等）を添付してください。

6、7　令和2年4月1日から令和3年3月31日までの間に、契約を締結し、契約の始期がある場合が補助対象です。

7　申請時に支払が完了している場合はプルダウンから「はい」を、支払が完了していない場合は「いいえ」を選択してください。

12　３、４、８、11を入力すると、国庫補助申請額が自動算出されます。（9、10、12は自動算出されるので入力しないでください）

第３号様式

厚生労働大臣　殿

補助事業者名

代表者氏名

令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業補助金の実績報告書

（略）

第３号様式

厚生労働大臣　殿

補助事業者名

代表者氏名

印

令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業補助金の実績報告書

（略）

第３号様式別紙

（別紙）令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業実績報告書

報告年月日	令和		年		月		日		
1	医療機関等の名称、医療機関等番号及び代表者名	名称			番号				
		代表者名							
2	新型コロナ対応の類型								
3	労災給付上乗せ補償保険の対象の医療資格者等数（人）								
	医師	歯科医師	薬剤師	保健師	助産師	看護師	准看護師	診療放射線技師	
	診療ｴｯｸｽ線技師	臨床検査技師	衛生検査技師	理学療法士	作業療法士	視能訓練士	言語聴覚士	臨床工学技士	
	義肢装具士	救急救命士	歯科衛生士	歯科技工士	管理栄養士	栄養士	精神保健福祉士	その他 感染補助従事者	
	労災給付上乗せ補償保険の対象の医療資格者等の合計								
4	３の医療資格者等以外で保険に加入している者の人数（人）								
5	保険商品の会社名及び商品名	保険会社の名称			保険商品名				
6	保険の締結日	令和		年		月		日	
7	保険の始期	令和		年		月		日	
	申請時に支払が完了している								
8	保険料の総額（円）								
	総額のうち、3の医療資格者等分（a）			総額のうち、4の医療資格者等以外の者分					
	剰余金の額								
	うち、対象者分（b）		うち、非対象者分						
	対象者分の保険料（a-b）								
9	医療資格者等分の保険料の総額×1/2（円）								
10	3の医療資格者等数×補助基準額(1人あたり1000円)（円）								
11	8の保険料に対する寄付金、その他収入額（円）								
12	国庫補助所要額（9、10及び保険料の総額から11を引いた額を比較して低い額）（円）								
13	医療機関等の住所	郵便番号		住所					
14	医療機関等の電話番号								
15	担当者の所属及び氏名	所属		氏名					
16	担当者のＥメール								
17	補助金の振込先	金融機関名		支店名					
		金融機関コード		支店コード					
		口座名義		フリガナ					
		口座種別		口座番号					

（記載上の注意事項）

全体　黄色く塗られたセルのみ入力してください。

2　新型コロナ対応の類型について、プルダウンメニューで選択してください。また、類型を証明する書類（都道府県からの指定通知書等）の写しを添付してください。

3　労災給付上乗せ補償保険の対象の医療資格者等数の「その他看護補助者等」欄には当該医療機関において現に診療補助による評価の対象となっている者の対象者数を記載してください。

3、4　所属人数ではなく、労災給付上乗せ補償保険の対象者数を記載してください。なお、３、４に記載した人数の合計は保険契約上の人数と一致させてください。

5　労災給付上乗せ補償保険の保険証券又は契約書の写しを添付してください。

6、7　令和2年4月1日から令和3年3月31日までの間に、契約を締結し、契約の始期がある場合が補助対象です。

7　申請時に支払が完了している場合はプルダウンから「はい」を、支払が完了していない場合は「いいえ」を選択してください。

8　労災給付上乗せ補償保険以外の本補助事業の対象とならない特約等が付帯している場合は、労災給付上乗せ補償保険に対する保険料のみを記載して下さい。また、付保証明書などその保険料が分かるものの写しを添付して下さい。

12　3、4、8、11を入力すると、国庫補助申請額が自動算出されます。（9、10、12は自動算出されるので入力しないでください）

第３号様式別紙

（別紙）令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業事業実績報告書

報告年月日	令和		年		月		日		
1	医療機関の名称、医療機関番号及び代表者名	名称			番号				
		代表者名							
2	新型コロナ対応の類型								
3	労災給付上乗せ補償保険の対象の医療資格者数（人）								
	医師	歯科医師	薬剤師	保健師	助産師	看護師	准看護師	診療放射線技師	
	診療ｴｯｸｽ線技師	臨床検査技師	衛生検査技師	理学療法士	作業療法士	視能訓練士	言語聴覚士	臨床工学技士	
	義肢装具士	救急救命士	歯科衛生士	歯科技工士	管理栄養士	栄養士	精神保健福祉士	合計	
4	３の医療資格者以外で保険に加入している者（事務職員、看護補助者等）の人数（人）								
5	保険商品の会社名及び商品名	保険会社の名称			保険商品名				
6	保険の締結日	令和		年		月		日	
7	保険の始期	令和		年		月		日	
8	保険料の総額（円）								
	総額のうち、3の医療資格者分（a）			総額のうち、4の医療資格者以外の者分					
	剰余金の額								
	うち、対象者分（b）		うち、非対象者分						
	対象者分の保険料（a-b）								
9	医療資格者分の保険料の総額×1/2（円）								
10	3の医療資格者数×補助基準額(1人あたり1000円)（円）								
11	8の保険料に対する寄付金、その他収入額（円）								
12	国庫補助所要額（9、10及び保険料の総額から11を引いた額を比較して低い額）（円）								
13	医療機関の住所	郵便番号		住所					
14	医療機関の電話番号								
15	担当者の所属及び氏名	所属		氏名					
16	担当者のＥメール								
17	補助金の振込先	金融機関名		支店名					
		金融機関コード		支店コード					
		口座名義		フリガナ					
		口座種別		口座番号					

（記載上の注意事項）

全体　黄色く塗られたセルのみ入力してください。

2　新型コロナ対応の類型について、プルダウンメニューで選択してください。また、類型を証明する書類（都道府県からの指定通知書等）の写しを添付してください。

3、4　所属人数ではなく、労災給付上乗せ補償保険の対象者数を記載してください。なお、３、４に記載した人数の合計は保険契約上の人数と一致させてください。

5　労災給付上乗せ補償保険の保険証券・契約書の写し及び保険商品の概要資料（パンフレットの写し等）を添付してください。

6、7　令和2年4月1日から令和3年3月31日までの間に、契約を締結し、契約の始期がある場合が補助対象です。

12　3、4、8、11を入力すると、国庫補助所要額が自動算出されます。（9、10、12は自動算出されるので入力しないでください）

第４号様式

厚生労働大臣　殿

補助事業者名

代表者氏名

令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業補助金の精算交付申請書

（略）

第４号様式

厚生労働大臣　殿

補助事業者名

代表者氏名

印

令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業補助金の精算交付申請書

（略）

第４号様式別紙

（別紙）令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業精算交付申請書

申請年月日	令和		年		月		日	
1	医療機関等の名称、医療機関等番号及び代表者名	名称			番号			
		代表者名						
2	新型コロナ対応の類型							
3	労災給付上乗せ補償保険の対象の医療資格者等数（人）							
	医師	歯科医師	薬剤師	保健師	助産師	看護師	准看護師	診療放射線技師
	診療エックス線技師	臨床検査技師	衛生検査技師	理学療法士	作業療法士	視能訓練士	言語聴覚士	臨床工学技士
	義肢装具士	救急救命士	歯科衛生士	歯科技工士	管理栄養士	栄養士	精神保健福祉士	その他（看護補助者等）
	労災給付上乗せ補償保険の対象の医療資格者等の合計							
4	３の医療資格者等以外で保険に加入している者の人数（人）							
5	保険商品の会社名及び商品名	保険会社の名称			保険商品名			
6	保険の締結日	令和		年		月		日
7	保険の始期	令和		年		月		日
	申請時に支払が完了している							
8	保険料の総額（円）							
	総額のうち、3の医療資格者等分			総額のうち、4の医療資格者等以外の分				
9	医療資格者等分の保険料の総額×1/2（円）							
10	3の医療資格者等数×補助基準額(1人あたり1000円)（円）							
11	8の保険料に対する寄付金、その他収入額（円）							
12	国庫補助申請額（9、10及び保険料の総額から11を引いた額を比較して低い額）（円）							
13	医療機関等の住所	郵便番号		住所				
14	医療機関等の電話番号							
15	担当者の所属及び氏名	所属		氏名				
16	担当者のＥメール							
17	補助金の振込先	金融機関名		支店名				
		金融機関コード		支店コード				
		口座名義		フリガナ				
		口座種別		口座番号				

（記載上の注意事項）

全体 黄色く塗られたセルのみ入力してください。

2 新型コロナ対応の類型について、プルダウンメニューで選択してください。また、類型を証明する書類（都道府県からの指定通知書等）の写しを添付してください。

3 労災給付上乗せ補償保険の対象の医療資格者等数の「その他看護補助者等」欄には当該医療機関において現に診療報酬による評価の対象となっている者の対象者数を記載してください。

3、4 所属人数ではなく、労災給付上乗せ補償保険の対象者数を記載してください。なお、３、４に記載した人数の合計は保険契約上の人数と一致させてください。

5 労災給付上乗せ補償保険の保険証券又は契約書の写しを添付してください。

6、7 令和2年4月1日から令和3年3月31日までの間に、契約を締結し、契約の始期がある場合が補助対象です。

7 申請時に支払が完了している場合はプルダウンから「はい」を、支払が完了していない場合は「いいえ」を選択してください。

8 労災給付上乗せ補償保険以外の本補助事業の対象とならない契約等が付帯している場合は、労災給付上乗せ補償保険に対する保険料のみを記載してください。また、付帯証明書などその保険料が分かるものの写しを添付してください。

12 ３、４、８、11を入力すると、国庫補助申請額が自動算出されます。（9、10、12は自動算出されるので入力しないでください）

第４号様式別紙

（別紙）令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業精算交付申請書

申請年月日	令和		年		月		日	
1	医療機関の名称、医療機関番号及び代表者名	名称			番号			
		代表者名						
2	新型コロナ対応の類型							
3	労災給付上乗せ補償保険の対象の医療資格者数（人）							
	医師	歯科医師	薬剤師	保健師	助産師	看護師	准看護師	診療放射線技師
	診療エックス線技師	臨床検査技師	衛生検査技師	理学療法士	作業療法士	視能訓練士	言語聴覚士	臨床工学技士
	義肢装具士	救急救命士	歯科衛生士	歯科技工士	管理栄養士	栄養士	精神保健福祉士	合計
4	３の医療資格者以外で保険に加入している者（事務職員、看護補助者等）の人数（人）							
5	保険商品の会社名及び商品名	保険会社の名称			保険商品名			
6	保険の締結日	令和		年		月		日
7	保険の始期	令和		年		月		日
	申請時に支払が完了している							
8	保険料の総額（円）							
	総額のうち、3の医療資格者分			総額のうち、4の医療資格者以外の者分				
9	医療資格者分の保険料の総額×1/2（円）							
10	3の医療資格者数×補助基準額(1人あたり1000円)（円）							
11	8の保険料に対する寄付金、その他収入額（円）							
12	国庫補助申請額（9、10及び保険料の総額から11を引いた額を比較して低い額）（円）							
13	医療機関の住所	郵便番号		住所				
14	医療機関の電話番号							
15	担当者の所属及び氏名	所属		氏名				
16	担当者のＥメール							
17	補助金の振込先	金融機関名		支店名				
		金融機関コード		支店コード				
		口座名義		フリガナ				
		口座種別		口座番号				

（記載上の注意事項）

全体 黄色く塗られたセルのみ入力してください。

2 新型コロナ対応の類型について、プルダウンメニューで選択してください。また、類型を証明する書類（都道府県からの指定通知書等）の写しを添付してください。

3、4 所属人数ではなく、労災給付上乗せ補償保険の対象者数を記載してください。なお、３、４に記載した人数の合計は保険契約上の人数と一致させてください。

5 労災給付上乗せ補償保険の保険証券・契約書の写し及び保険商品の概要資料（パンフレットの写し等）を添付してください。

6、7 令和2年4月1日から令和3年3月31日までの間に、契約を締結し、契約の始期がある場合が補助対象です。

7 申請時に支払が完了している場合はプルダウンから「はい」を、支払が完了していない場合は「いいえ」を選択してください。

12 ３、４、８、11を入力すると、国庫補助申請額が自動算出されます。（9、10、12は自動算出されるので入力しないでください）

別　添

令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業補助金交付要綱

（通則）

１　令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業補助金については、予算の範囲内において交付するものとし、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律（昭和３０年法律第１７９号）、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律施行令（昭和３０年政令第２５５号。以下「適正化令」という。）及び厚生労働省所管補助金等交付規則（平成１２年厚生労働省令第６号）の規定によるほか、この交付要綱の定めるところによる。

（交付の目的）

２　新型コロナウイルス感染症対応医療機関が加入する労災給付上乗せ補償保険（被用者の労災事故について政府労災保険の上乗せ補償等を行う保険）の保険料の一部を補助することにより、勤務する医療資格者等が新型コロナウイルス感染症に感染して休業等する場合に労災給付の上乗せ補償を行い、医療資格者等の収入面の不安等を解消して離職防止等につなげ、新型コロナウイルス感染症対応医療機関の運営の安定を図ることを目的とする。

（交付の対象）

３　この補助金は、（１）の新型コロナウイルス感染症対応医療機関が（２）の要件を満たす労災給付上乗せ補償保険に加入した場合に、当該医療機関等に勤務する（３）の医療資格者等に係る年間の保険料の一部を補助する。

（１）　新型コロナウイルス感染症対応医療機関

以下のいずれかに該当する保険医療機関等とする。

①　重点医療機関、協力医療機関その他の都道府県が新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者の入院受入れを割り当てた医療機関

②　都道府県から役割を設定された帰国者・接触者外来を設置する医療機関、都道府県、政令市及び特別区から役割を設定された地域外来・検査センター並びに都道府県から指定された発熱患者等の診療又は検査を

行う医療機関（診療・検査医療機関（仮称））

③　都道府県、政令市及び特別区からの依頼又は委託等により宿泊療養・自宅療養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業務、受入施設での対応等に従事する医療資格者等が勤務する医療機関等（③の医療機関等の場合、補助対象は、当該フォローアップ業務、受入施設での対応等に従事する医療資格者等に係る年間の保険料の一部とする。）

④　都道府県、政令市及び特別区から役割を設定された地域外来・検査センターに出務する医療資格者等が勤務する医療機関等（④の医療機関等の場合、補助対象は、地域外来・検査センターに出務する医療資格者等に係る年間の保険料の一部とする。）

（２）　対象となる労災給付上乗せ補償保険

以下のアを満たす民間保険（ア及びイを満たすものを含む。）であって、令和２年４月１日から令和３年３月３１日までの間に、契約を締結し、契約の始期があるものとする。

ア　休業補償

被用者が業務において新型コロナウイルス感染症に罹患して休業し、労働基準監督署の労災認定を受けた場合に、労災給付の上乗せ補償を行う保険

イ　死亡補償又は障害補償

被用者が業務において新型コロナウイルス感染症に罹患して死亡し、又は障害が残り、労働基準監督署の労災認定を受けた場合に、死亡補償金又は障害補償金を給付する保険

（３）　医療資格者等

医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、診療放射線技師、診療エックス線技師、臨床検査技師、衛生検査技師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士、臨床工学技士、義肢装具士、救急救命士、歯科衛生士、歯科技工士、管理栄養士、栄養士若しくは精神保健福祉士の資格を有する者又は当該医療機関において現に診療報酬による評価の対象となっている看護補助者等とする。

（交付額の算定方法）

４　この補助金の交付額は、次により算出するものとする。

ただし、算出された額に１，０００円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。

（１）　労災給付上乗せ補償保険の補助対象となる医療資格者等に係る年間の

保険料に２分の１を乗じた額と補助対象となる医療資格者等数に１，０００円を乗じた額とを比較して少ない方の額を選定する。ただし、剰余金を返還する保険契約の場合は、補助対象となる医療資格者等に係る年間の保険料から剰余金を控除した額に２分の１を乗じた額と補助対象となる医療資格者等数に１，０００円を乗じた額とを比較して少ない方の額を選定する。

（２）（１）により選定された額と総事業費から寄付金その他の収入額を控除した額とを比較して少ない方の額を交付額とする。

（補助金の概算払）

５　厚生労働大臣は、原則として支払うべき額を確定した後、補助事業者が提出する精算払請求書に基づいて支払を行う。この場合において、厚生労働大臣は、補助事業者から適法な精算払請求書を受理してから速やかにこれをしなければならない。

ただし、補助事業者が概算払による支払を要望する場合は、厚生労働大臣は補助事業者の資力、補助事業の内容及び事務の内容等を勘案し、真にやむを得ないと認めた場合には、これを財務大臣に協議し、承認が得られた場合には概算払をすることができる。

（交付の条件）

６　この補助金の交付の決定には、次の条件が付されるものとする。

（１）　事業の内容の変更（軽微な変更を除く。）をする場合には、厚生労働大臣の承認を受けなければならない。

（２）　事業を中止し、又は廃止する場合には、厚生労働大臣の承認を受けなければならない。

（３）　事業が予定の期間内に完了しない場合又は事業の遂行が困難となった場合には、速やかに厚生労働大臣に報告してその指示を受けなければならない。

（４）　補助金と事業に係る証拠書類等の管理については次によるものとする。

ア　補助事業者が地方公共団体の場合

補助金と事業に係る予算及び決算との関係を明らかにした第１号様式による調書を作成するとともに、事業に係る歳入及び歳出について証拠書類を整理し、かつ調書及び証拠書類を補助金の額の確定の日（事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、その承認を受けた日）の属する年度の終了後５年間保管しておかなければならない。

イ　補助事業者が地方公共団体以外の場合

事業に係る収入及び支出を明らかにした帳簿を備え、当該収入及び支出について証拠書類を整理し、かつ、当該帳簿等及び証拠書類を補助金の額の確定の日（事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、その承認を受けた日）の属する年度の終了後５年間保管しておかなければならない。

（５）　この補助金に係る補助金の交付と対象経費を重複して、他の補助金を受けてはならない。

（申請手続）

7　この補助金の交付の申請は、第２号様式による申請書に関係書類を添えて、厚生労働大臣が別に定める日までに厚生労働大臣に提出するものとする。

（変更申請手続）

8　この補助金の交付決定後の事情の変更により申請の内容を変更して追加交付申請等を行う場合には、７に定める申請手続に従い、厚生労働大臣が別に定める日までに行うものとする。

（交付決定までの標準的期間）

9　厚生労働大臣は、７又は８に定める申請書が到達した日から起算して原則として１か月以内に交付の決定（決定の変更を含む。）を行うものとする。

（実績報告）

10　この補助金の事業実績報告は、事業完了の日から起算して１か月を経過した日（６の（２）により事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、当該承認通知を受理した日から起算して１か月を経過した日）又は令和３年４月１０日のいずれか早い日までに第３号様式による報告書を厚生労働大臣に提出しなければならない。

なお、事業実績報告後に保険料の返還があった場合や当該保険の解約を行った場合には、第３号様式により速やかに厚生労働省に報告しなければならない。

（補助金の返還）

11　厚生労働大臣は、交付すべき補助金の額を確定した場合において、既にその額を超える補助金が交付されているときは、期限を定めて、その超える部分について国庫に返還することを命ずる。

（その他）

12　特別の事情により４、７、８及び10に定める算定方法、手続きによることができない場合には、あらかじめ厚生労働大臣の承認を受けてその定めるところによるものとする。

なお、この補助金について、精算交付申請を行う場合は、別途指示する期日までに、第４号様式による申請書を厚生労働大臣に提出して行うものとする。

第１号様式

年度　補助金調書

厚生労働省所管

（事業者名）

国		地方公共団体										備考
		歳入			歳出							
予算科目	交付決定額	科目	予算現額	収入済額	科目	予算現額	うち補助金相当額	支出済額	うち補助金相当額	翌年度繰越額	うち補助金相当額	
	円		円	円		円	円	円	円	円	円	
（項） （目）												

（作成要領）

１　「国」の「交付決定額」は、交付決定通知書の交付決定の額を記入すること。

２　「地方公共団体」の「科目」は、歳入にあっては、款、項、目、節を、歳出にあっては、款、項、目をそれぞれ記入すること。なお、歳出については、前記１の額に対応する経費の配分が、目の内訳に係るときは、当該経費の配分の目の内訳として記入すること。

３　「予算現額」は、歳入にあっては、当初予算額、補正予算額等の区分を、歳出にあっては、当初予算額、補正予算額、予備費支出額、流用増減額等の区分を明らかにすること。

４　「備考」は、参考となるべき事項を適宜記入すること。

５　補助事業等の地方公共団体の歳出予算額の繰越が行われた場合における翌年度に行われる当該補助事業等に係る補助金についての調書の作成は、本表に準じること。この場合において地方公共団体の収入の科目に「前年度繰越額」を掲げる場合は、その「予算現額」及び「収入済額」の数字下欄に交付金額を内書（　　）をもって附記すること。

第2号様式

令和　年　月　日

厚生労働大臣　殿

補助事業者名

代表者氏名

令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業補助金の交付申請書

標記について、次のとおり交付されるよう関係書類を添えて申請する。

１　国庫補助申請額　　金　　円

２　交付申請書（別紙）

３　添付書類

（別紙）令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業交付申請書

申請年月日		令和		年		月		日
1	医療機関等の名称、医療機関等番号及び代表者名	名称				番号		
		代表者名						
2	新型コロナ対応の類型							
3	労災給付上乗せ補償保険の対象の医療資格者等数（人）							
	医師	歯科医師	薬剤師	保健師	助産師	看護師	准看護師	診療放射線技師
	診療ｴｯｸｽ線技師	臨床検査技師	衛生検査技師	理学療法士	作業療法士	視能訓練士	言語聴覚士	臨床工学技士
	義肢装具士	救急救命士	歯科衛生士	歯科技工士	管理栄養士	栄養士	精神保健福祉士	その他看護補助者等
	労災給付上乗せ補償保険の対象の医療資格者等の合計							
4	３の医療資格者等以外で保険に加入している者の人数（人）							
5	保険商品の会社名及び商品名	保険会社の名称				保険商品名		
6	保険の締結日	令和		年		月		日
7	保険の始期	令和		年		月		日
	申請時に支払が完了している							
8	保険料の総額（円）							
	総額のうち、3の医療資格者等分				総額のうち、4の医療資格者等以外の分			
9	医療資格者等分の保険料の総額×1/2（円）							
10	3の医療資格者等数×補助基準額(1人あたり1000円)（円）							
11	8の保険料に対する寄付金、その他収入額（円）							
12	国庫補助申請額（9、10及び保険料の総額から11を引いた額を比較して低い額）（円）							
13	医療機関等の住所	郵便番号			住所			
14	医療機関等の電話番号							
15	担当者の所属及び氏名	所属				氏名		
16	担当者のＥメール							
17	補助金の振込先	金融機関名				支店名		
		金融機関コード				支店コード		
		口座名義				フリガナ		
		口座種別				口座番号		

（記載上の注意事項）

全体　黄色く塗られたセルのみ入力してください。

2　新型コロナ対応の類型について、プルダウンメニューで選択してください。また、類型を証明する書類（都道府県からの指定通知書等）の写しを添付してください。

3　労災給付上乗せ補償保険の対象の医療資格者等数の「その他看護補助者等」欄には当該医療機関において現に診療報酬による評価の対象となっている者の対象者数を記載してください。

3、4　所属人数ではなく、労災給付上乗せ補償保険の対象者数を記載してください。なお、３、４に記載した人数の合計は保険契約上の人数と一致させてください。

5　労災給付上乗せ補償保険の保険証券又は契約書の写し及び保険商品の概要資料（パンフレットの写し等）を添付してください。

6、7　令和2年4月1日から令和3年3月31日までの間に、契約を締結し、契約の始期がある場合が補助対象です。

7　申請時に支払が完了している場合はプルダウンから「はい」を、支払が完了していない場合は「いいえ」を選択してください。

8　労災給付上乗せ補償保険以外の本補助事業の対象とならない特約等が付帯している場合は、労災給付上乗せ補償保険に対する保険料のみを記載して下さい。また、付保証明書などその保険料が分かるものの写しを添付して下さい。

12　３、４、８、11を入力すると、国庫補助申請額が自動算出されます。（9、10、12は自動算出されるので入力しないでください）

第３号様式

令和　年　月　日

厚生労働大臣　殿

補助事業者名

代表者氏名

令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業補助金の実績報告書

標記について、次のとおり交付されるよう関係書類を添えて報告する。

１　国庫補助精算額　　金　　円

２　事業実績報告書（別紙）

３　添付書類

（別紙）令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業実績報告書

報告年月日		令和		年		月		日
1	医療機関等の名称、医療機関等番号及び代表者名	名称				番号		
		代表者名						
2	新型コロナ対応の類型							
3	労災給付上乗せ補償保険の対象の医療資格者等数（人）							
	医師	歯科医師	薬剤師	保健師	助産師	看護師	准看護師	診療放射線技師
	診療ｴｯｸｽ線技師	臨床検査技師	衛生検査技師	理学療法士	作業療法士	視能訓練士	言語聴覚士	臨床工学技士
	義肢装具士	救急救命士	歯科衛生士	歯科技工士	管理栄養士	栄養士	精神保健福祉士	その他看護補助者等
	労災給付上乗せ補償保険の対象の医療資格者等の合計							
4	３の医療資格者等以外で保険に加入している者の人数（人）							
5	保険商品の会社名及び商品名	保険会社の名称				保険商品名		
6	保険の締結日	令和		年		月		日
7	保険の始期	令和		年		月		日
	申請時に支払が完了している							
8	保険料の総額（円）							
	総額のうち、3の医療資格者等分（a）				総額のうち、4の医療資格者等以外の者分			
	剰余金の額							
	うち、対象者分（b）				うち、非対象者分			
	対象者分の保険料（a-b）							
9	医療資格者等分の保険料の総額×1/2（円）							
10	3の医療資格者等数×補助基準額(1人あたり1000円)（円）							
11	8の保険料に対する寄付金、その他収入額（円）							
12	国庫補助所要額（9、10及び保険料の総額から11を引いた額を比較して低い額）（円）							
13	医療機関等の住所	郵便番号		住所				
14	医療機関等の電話番号							
15	担当者の所属及び氏名	所属		氏名				
16	担当者のＥメール							
17	補助金の振込先	金融機関名		支店名				
		金融機関コード		支店コード				
		口座名義		フリガナ				
		口座種別		口座番号				

（記載上の注意事項）

全体　黄色く塗られたセルのみ入力してください。

2　新型コロナ対応の類型について、プルダウンメニューで選択してください。また、類型を証明する書類（都道府県からの指定通知書等）の写しを添付してください。

3　労災給付上乗せ補償保険の対象の医療資格者等数の「その他看護補助者等」欄には当該医療機関において現に診療報酬による評価の対象となっている者の対象者数を記載してください。

3、4　所属人数ではなく、労災給付上乗せ補償保険の対象者数を記載してください。なお、３、４に記載した人数の合計は保険契約上の人数と一致させてください。

5　労災給付上乗せ補償保険の保険証券又は契約書の写しを添付してください。

6、7　令和2年4月1日から令和3年3月31日までの間に、契約を締結し、契約の始期がある場合が補助対象です。

7　申請時に支払が完了している場合はプルダウンから「はい」を、支払が完了していない場合は「いいえ」を選択してください。

8　労災給付上乗せ補償保険以外の本補助事業の対象とならない特約等が付帯している場合は、労災給付上乗せ補償保険に対する保険料のみを記載して下さい。また、付保証明書などその保険料が分かるものの写しを添付して下さい。

12　３、４、８、11を入力すると、国庫補助申請額が自動算出されます。（9、10、12は自動算出されるので入力しないでください）

第４号様式

令和　年　月　日

厚生労働大臣　殿

補助事業者名

代表者氏名

令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業補助金の精算交付申請書

標記について、次のとおり交付されるよう関係書類を添えて申請する。

１　国庫補助申請額　　金　　円

２　精算交付申請書（別紙）

３　添付書類

（別紙）令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業精算交付申請書

申請年月日		令和		年		月		日
1	医療機関等の名称、医療機関等番号及び代表者名	名称				番号		
		代表者名						
2	新型コロナ対応の類型							
3	労災給付上乗せ補償保険の対象の医療資格者等数（人）							
	医師	歯科医師	薬剤師	保健師	助産師	看護師	准看護師	診療放射線技師
	診療ｴｯｸｽ線技師	臨床検査技師	衛生検査技師	理学療法士	作業療法士	視能訓練士	言語聴覚士	臨床工学技士
	義肢装具士	救急救命士	歯科衛生士	歯科技工士	管理栄養士	栄養士	精神保健福祉士	その他看護補助者等
	労災給付上乗せ補償保険の対象の医療資格者等の合計							
4	３の医療資格者等以外で保険に加入している者の人数（人）							
5	保険商品の会社名及び商品名	保険会社の名称				保険商品名		
6	保険の締結日	令和		年		月		日
7	保険の始期	令和		年		月		日
	申請時に支払が完了している							
8	保険料の総額（円）							
	総額のうち、3の医療資格者等分				総額のうち、4の医療資格者等以外の分			
9	医療資格者等分の保険料の総額×1/2（円）							
10	3の医療資格者等数×補助基準額(1人あたり1000円)（円）							
11	8の保険料に対する寄付金、その他収入額（円）							
12	国庫補助申請額（9、10及び保険料の総額から11を引いた額を比較して低い額）（円）							
13	医療機関等の住所	郵便番号			住所			
14	医療機関等の電話番号							
15	担当者の所属及び氏名	所属				氏名		
16	担当者のＥメール							
17	補助金の振込先	金融機関名				支店名		
		金融機関コード				支店コード		
		口座名義				フリガナ		
		口座種別				口座番号		

（記載上の注意事項）

全体　黄色く塗られたセルのみ入力してください。

2　新型コロナ対応の類型について、プルダウンメニューで選択してください。また、類型を証明する書類（都道府県からの指定通知書等）の写しを添付してください。

3　労災給付上乗せ補償保険の対象の医療資格者等数の「その他看護補助者等」欄には当該医療機関において現に診療報酬による評価の対象となっている者の対象者数を記載してください。

3、4　所属人数ではなく、労災給付上乗せ補償保険の対象者数を記載してください。なお、３、４に記載した人数の合計は保険契約上の人数と一致させてください。

5　労災給付上乗せ補償保険の保険証券又は契約書の写し及び保険商品の概要資料（パンフレットの写し等）を添付してください。

6、7　令和2年4月1日から令和3年3月31日までの間に、契約を締結し、契約の始期がある場合が補助対象です。

7　申請時に支払が完了している場合はプルダウンから「はい」を、支払が完了していない場合は「いいえ」を選択してください。

8　労災給付上乗せ補償保険以外の本補助事業の対象とならない特約等が付帯している場合は、労災給付上乗せ補償保険に対する保険料のみを記載して下さい。また、付保証明書などその保険料が分かるものの写しを添付して下さい。

12　３、４、８、11を入力すると、国庫補助申請額が自動算出されます。（9、10、12は自動算出されるので入力しないでください）

草加八潮医師会

差出人: 17 担当代表 <a3510-17@pref.saitama.lg.jp>
送信日時: 2020年12月23日水曜日 21:16
宛先: undisclosed-recipients:
件名: 令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関労災給付上乗せ補償保険加入支援事業について
添付ファイル: 労災保険の上乗せ保障（新型コロナ）.zip

各郡市医師会　御担当者様

いつもお世話になっております。
埼玉県保健医療部感染症対策課の相川と申します。
日頃、県の保健医療行政に格別の御理解、御協力をいただき厚く御礼申し上げます。

さて、厚生労働省では、新型コロナウイルス感染症への対応を行う医療機関（以下「新型コロナ対応医療機関」という。）
において、勤務する医療資格者が新型コロナウイルス感染症に感染した際に労災給付の上乗せ補償を行う民間保険に加入した場合に、
保険料の一部を補助する制度を開始しました。

本事業は国の直接補助事業としているため、補助の申請は医療機関から直接、厚生労働省に
行うこととなるため、県からは医療機関あてに本事業の周知を行いたいと考えております。

つきましては、貴郡市医師会に所属する医療機関のうち、「地域外来・検査センターに出務する
医療資格者等が勤務する医療機関等」に該当する医療機関の連絡先一覧（メールアドレスのリスト等）
を御提供いただきたく、御連絡差し上げました。

御連絡が大変遅くなり申し訳ございませんが、御対応についてよろしくお願い致します。
パスワードは「saitamaken」です。

－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－
埼玉県 保健医療部感染症対策課
感染症・新型インフルエンザ対策担当
相川　智之
TEL：048-830-3557
FAX：048-830-4808
E-mail：a3510-17@pref.saitama.lg.jp
　　a3510-19@pref.saitama.lg.jp(新型インフル関連)
－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－