様式１

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

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
被保険者（申請者）	（フリガナ） 氏　　名	
	被保険者等記号・番号	
被扶養者	（フリガナ） 氏　　名	
	被保険者等記号・番号	

【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	
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	
上記期間中の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、□看護師等(注)、□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。(注)保健師、助産師、看護師又は准看護師 （※　該当する職種をチェックして下さい。）
□	２　上記の収入額については、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、被保険者から被保険者の事業所や保険者（健康保険組合等）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。