

# 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

被扶養者の認定及び検認の際の収入確認にあたっては、当該被扶養者の直近の収入状況等から今後1年間の収入を見込んでおりますが、この度、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にかかる収入確認について、厚生労働省保険局より次の特例措置が通知されましたので、ご案内いたします。

令和3年6月4日付け保保発0604第1号 「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について」  
令和3年6月4日付け事務連絡 「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に関するQ & Aについて」

## (1) 対象となる被扶養者

ワクチン接種業務に従事する

**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、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士**

## (2) 特例の内容

ワクチン接種業務への従事とその際の収入を証するものとして、右の申立書を提出した本特例対象の被扶養者については、

令和3年4月から **令和6年3月末** までの間従事したワクチン接種業務にかかる賃金については、年間収入として算定しない。

### 「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」

- 赤破線枠部分をワクチン接種を行う事業者・雇用主（市区町村、医療機関等）に証明してもらってください。
- 申立書の記載内容の確認のため、別途追加書類（雇用契約書等）の提出を求められることがあります。



## (3) 注意事項

- ① 本特例措置の適用に当たっては、対象となる職種及び業務が次のとおり限定されます。また、申立書等の提出がないと適用されません。

- |      |  |
|------|--|
| 対象職種 | あくまで上記（1）の医療職に限定されますので、 <b>他職種（医療事務等）は対象外</b> となります。   |
| 対象業務 | ワクチン接種会場や医療機関において、 <b>直接ワクチンの注射や予診（予診サポートを含む）、ワクチンの調整、接種後の経過観察業務</b><br>対象職種であっても、 <b>受付等の上記以外の業務は対象外</b> となります。 |

ただし、上記職種または業務以外の場合であっても、収入超過の原因が、新型コロナウイルス感染症への対応による一時的なもの認められる場合には、引き続き認定が継続される場合があります。

- ② ワクチン接種業務に従事していても、他の要因により収入超過が認められるときは、認定取消となる場合があります。
- ③ 健康保険の被保険者の適用条件（適用事業所に使用される正社員、同事業所で同様の業務に従事している正社員の4分の3以上所定労働時間がある短時間労働者等）に当てはまる場合は、健康保険法上、健康保険への加入が義務づけられているため、被扶養者とはなりません。

<問い合わせ先>

**地域医療振興協会 健康保険組合**  
JADECOM Health Insurance Organization

住所：〒162-0843 東京都新宿区市谷田町一丁目10番地プライム市ヶ谷ビル7階 TEL：03-5579-8604（平日9:00～17:30）



## 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	〒      ー	
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。		
<input type="checkbox"/>	1 対象となる被扶養者は、（ <input type="checkbox"/> 医師、 <input type="checkbox"/> 歯科医師、 <input type="checkbox"/> 薬剤師、 <input type="checkbox"/> 看護師等 <sup>(注)</sup> 、 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師、 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師、 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士、 <input type="checkbox"/> 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。 <sup>(注)</sup> 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。)	
<input type="checkbox"/>	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。