

「新型コロナウイルス感染症
対応従事者慰労金交付事業」
医療機関等の申請マニュアル

～医療機関等用～

<<問い合わせ先>>

- 厚生労働省医政局 新型コロナ緊急包括支援交付金コールセンター
電話番号：0120-786-577 （平日 9：30～18：00）

- 鳥取県の問合せ先・実績報告等の書類提出先
鳥取県福祉保健部健康医療局健康政策課（医療従事者等の慰労金担当）
〒680-8570 鳥取県鳥取市東町1-2-20
電話番号：0857-26-7958 FAX 番号：0857-26-8143 （平日 8：30～17:15）
E-mail：kenkouseisaku@pref.tottori.lg.jp

- 国保連の「オンライン請求システム」や「WEB申請受付システム」など、医療機関等の申請時のシステムに関する問合せ先
鳥取県国民健康保険団体連合会 審査課管理担当
電話番号：0857-20-3685 （平日 8：30～17：15）

<目次>

- 1 本事業の対象について
 - 1.1 給付対象について
 - 1.2 対象となる医療従事者等の確認及び委任状の回収等
- 2 申請
 - 2.1 申請方法の確認
 - 2.2 申請書等の入手
 - 2.2.1 エクセルファイルの申請書等の入手
 - 2.2.2 紙媒体の申請書等の入手
 - 2.3 申請書等の入力・記載
 - 2.4 その他個別に留意する必要がある事例について
 - 2.4.1 複数医療機関等で勤務している医療従事者等への対応について
 - 2.4.2 地域外来・検査センターで勤務した医療従事者等への対応について
 - 2.4.3 自医療機関等を退職した医療従事者等への対応について
 - 2.4.4 個別申請について
 - 2.5 提出用ファイルの出力
 - 2.6 申請書等の提出（エクセルファイル）
 - 2.6.1 「オンライン請求システム」による申請書等の提出（エクセルファイル）
 - 2.6.2 「Web 申請受付システム」による申請書等の提出（エクセルファイル）
 - 2.6.2.1 利用者登録
 - 2.6.2.2 申請書等のファイル提出（エクセルファイル）
 - 2.6.3 電子媒体（CD-R 等）による申請書等の提出（エクセルファイル）
 - 2.7 紙媒体での申請書等の記載・提出方法
 - 2.7.1 申請書等の記載（紙媒体）
 - 2.7.2 申請書等の提出（紙媒体）
- 3 慰労金等の給付決定
- 4 医療機関等への慰労金等の振込み
- 5 医療従事者等への慰労金の給付の実施
- 6 実績報告書の提出
- 7 問い合わせ先

1. 本事業の対象について

1.1 給付対象について

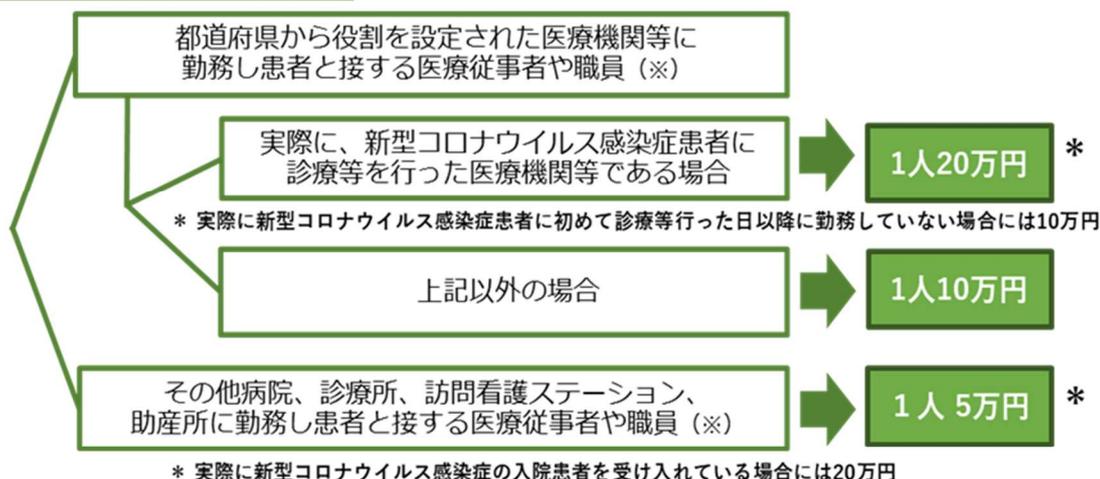
新型コロナウイルス感染症に対する医療提供に関し、県から役割を設定された医療機関等に勤務し、患者と接する医療従事者等に対し慰労金を給付するものです。

給付額は以下の図のとおりとなります。対象者および給付額の考え方を医療機関等で変えることはできません。

(詳細は、パンフレットやQ&A等をご参照ください(以下の厚生労働省ホームページに掲載されています。))

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000098580_00001.html

給付対象・給付金額



※ 対象期間(当該都道府県における新型コロナウイルス感染症患者1例目発生日又は受入日(新型コロナウイルスに関連したチャーター便及びクルーズ船「ダイヤモンドプリンセス号」から患者を受け入れた日を含む。)のいずれか早い日(岩手県は、緊急事態宣言の対象地域とされた4/16)から6/30までの間)に10日以上勤務した者が対象となります。

※ 一日当たりの勤務時間は問いませんが、年次有給休暇や育休等、実質勤務していない場合は、勤務日として算入しません。

※ 複数の事業所で勤務した場合は合算して計算します。

対象となる施設類型等は、以下のとおりです。

【県から役割を設定された医療機関等】

- ① 重点医療機関
- ② 感染症指定医療機関
- ③ その他の県が新型コロナウイルス感染症患者の入院受入れを割り当てた医療機関
(「新型コロナウイルス感染症患者等の入院病床の確保について(依頼)」(令和2年2月9日厚生労働省健康局結核感染症課事務連絡)等に基づく、新型コロナウイルス感染症患者等入院医療機関)
- ④ 帰国者・接触者外来を設置する医療機関(「新型コロナウイルス感染症に対応した

医療体制について」(令和2年2月1日厚生労働省医政局地域医療計画課・健康局結核感染症課連名事務連絡)

- ⑤ 地域外来・検査センター(「行政検査を行う機関である地域外来・検査センターの都道府県医師会・郡市区医師会等への運営委託等について」(令和2年4月15日厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡))
- ⑥ 新型コロナウイルス感染症に対する医療提供に関し、県から役割を設定された宿泊療養・自宅療養を行う場合の新型コロナウイルス感染症患者(軽症患者等を含む。)に対するフォローアップ業務

【その他】

- ⑦ 上記以外の病院・診療所
- ⑧ 訪問看護ステーション
- ⑨ 助産所

※ 勤務する医療機関(病院及び診療所)は保険医療機関に、訪問看護ステーションは指定訪問看護事業者に限る。

※ 病院・診療所については、保険医療機関であることが必要です。また、院外薬局及び柔道整復師等の施術所は給付対象外です。

また、県から役割を設定された医療機関等(20万円及び10万円の区分)に該当するか否かについては、一般的な照会であれば厚生労働省のコールセンターに、個別の自医療機関等が該当するかどうかについては、県にお問い合わせください。

1.2 対象となる医療従事者等の確認及び委任状の回収等

医療従事者等の慰労金については、原則として、医療機関等が、医療従事者等から委任を受けて代理申請・受領を行い、医療機関等から医療従事者等に給付いただくこととしていきます。医療機関等においては、申請書等の記入に先立ち、以下の事項の確認等を行うようお願いします。なお、詳細については下記の通知等で示されておりますので、参考としてください。

※ いずれも、以下の厚生労働省ホームページから入手することができます。また、今後、新たな情報が発出されることがあります。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000098580_00001.html

- ・ 「新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業(医療分)の実施について」(令和2年6月16日医政発0616第1号・健発0616第5号・薬生発0616第2号厚生労働省医政局長・健康局長・医薬・生活衛生局長連名通知)
- ・ 「新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業(医療分)の実施にあたっての取扱いについて」(令和2年6月16日付け厚生労働省医政局医療経理室・健康局結核感染症課・医薬・生活衛生局総務課連名事務連絡)

- ・ 「新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業（医療分）のうち新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金交付事業の実施について」（令和2年6月16日付け厚生労働省医政局医療経理室・医政局医事課連名事務連絡）
- ・ 「新型コロナウイルス感染症対応緊急包括支援事業に関するQ&A（第4版）について」（令和2年7月3日付け厚生労働省医政局医療経理室・健康局結核感染症課連名事務連絡）

① 対象となる医療従事者等の確認及び委任状の回収

慰労金は、「患者と接する」医療従事者等で、「対象期間に10日以上勤務実績」がある者が給付の対象となります。それぞれの医療従事者等が給付対象となるか否かについて、厚生労働省から発出しているQ&A等を参考にして、後述の「様式第2号」を活用し、対象者を整理いただくようお願いします。

〔患者と接する〕

※ 医療機関等における業務の実情によるものであって、資格や職種による限定はなく、事務職なども対象となります。

※ 例えば、病棟や外来などの診療部門で患者の診療に従事したり、受付、会計等窓口対応を行う職員は通常該当します。また、診療には直接携わらないものの、医療機関内の様々な部門で患者に何らかの応対を行う職員等は医療機関における勤務実態等に応じて該当するものと考えられます。一方、対象期間中はテレワークのみによる勤務であったり、医療を提供する施設とは区分された当該法人の本部等での勤務のみであったなどの場合は該当しないと考えられます。

なお、ここでいう「患者」は、新型コロナウイルス感染症患者に限らず、他の疾病による患者も含みます。

〔対象期間に10日以上勤務実績〕

※ 対象期間（本県における新型コロナウイルス感染症患者1例目発生日4月10日から6月30日までの間に10日以上勤務した者が対象となります）。

※ 一日当たりの勤務時間は問いませんが、年次有給休暇や育休等、実質勤務していない場合は、勤務日として算入しません。当直勤務などで日をまたぐ場合は2日と数えてください。

※ 複数の事業所で勤務した場合は合算して計算します。

※ 「患者と接する」に該当するが、自医療機関等の勤務日数が10日未満の医療従事者等については、当該医療従事者等に対し、後述の「参考様式3」を利用するなどして、他医療機関等における勤務日数証明を取得するよう促してください。

対象となる医療従事者等を整理いただいた医療機関等は、対象となる医療従事者等から、慰労金の代理申請・受領の委任状を集めてください。（詳細は、後述の様式第3

号の1、様式第3号の2、様式第4号の1、様式第4号の2を参照してください。)

② 対象となる委託会社・派遣会社の医療従事者等の確認及び委任状の回収

慰労金は、医療機関等で仕事をする委託会社・派遣会社(以下「委託会社等」という。)の医療従事者等も、医療機関等における業務の実情に応じて給付の対象となります。給付対象となるか否かの整理については、自医療機関等の医療従事者等と同様に行っていただく必要がありますが、委託会社等の現場責任者を通じるなどして、委託会社等と調整して、対象者を整理いただくようお願いいたします。

また、対象となる委託会社等の医療従事者等がいる場合は、以下の点について、委託会社等と調整を行っていただくよう、お願いします。

- ・ 医療機関等は、委託会社等に対し、後述の様式第5号別紙により、対象となる医療従事者等の氏名や勤務日数等の情報を提出するよう依頼してください。また、委託会社等の医療従事者等に係る慰労金の代理申請・受領の委任状(様式第3号の1、様式第3号の2、様式第4号の1、様式第4号の2)の回収を依頼してください。
- ・ 委託会社等の医療従事者等の分も、慰労金は医療機関等に振り込まれますが、委託会社等の医療従事者等に実際に給付を実施するのは、医療機関等とするか委託会社等とするか、委託会社等と調整してください。
- ・ 委託会社等から同社の医療従事者等に慰労金の給付を行う場合は、医療機関等が委託会社等に慰労金を振り込むための口座情報を、委託会社等に確認してください。
- ・ 医療機関等から委託会社等の医療従事者等に慰労金の給付を行う場合は、委託会社等の医療従事者等の振込先の口座情報の受け渡し方法を、委託会社等と調整してください。

③ 自医療機関等の新型コロナウイルス感染症患者に対する役割の有無

慰労金は、医療機関等が①新型コロナウイルス感染症に対する医療提供に関し、県から役割を設定されていたか否か、②実際に新型コロナウイルス感染症患者に診療等を行ったか否かによって、給付金額が異なってきます。医療機関等においては、①新型コロナウイルス感染症に対する医療提供に関し、県から役割を設定されていたか否か、②実際に新型コロナウイルス感染症患者に診療等を行ったか否か(行った場合は、新型コロナウイルス感染症患者の受入日はいつか)を確認するよう、お願いします。

2. 申請

慰労金事業は、県の事業として実施されますが、①医療機関等からの申請受付並びに②医療機関等への慰労金及び医療従事者等に振込みを行う場合の振込手数料(以下「慰労金等」という。)の振込みについては、国保連に委託して実施することを標準的なモデルとしています。申請内容の審査は県が実施するため、後述する申請様式は、国保連に一旦全て提出されますが、国保連では提出の確認及び県の審査後に支払いを行うために必要な情報を抽出した後、全てのファイルが県に提出されることになります。

なお、初回申請は7月20日～7月31日、8月以降は毎月15日～末日まで、申請の最終的な締切は、令和3年2月末日となります。となります。(国保連の「オンライン請求システム」(毎月の診療報酬請求事務に使用しているシステム)を使用していない医療機関等を主に対象として、「WEB申請受付システム」を国保連で現在準備しており、このシステムを利用する場合の初回申請は7月25日～7月31日を予定しています)。

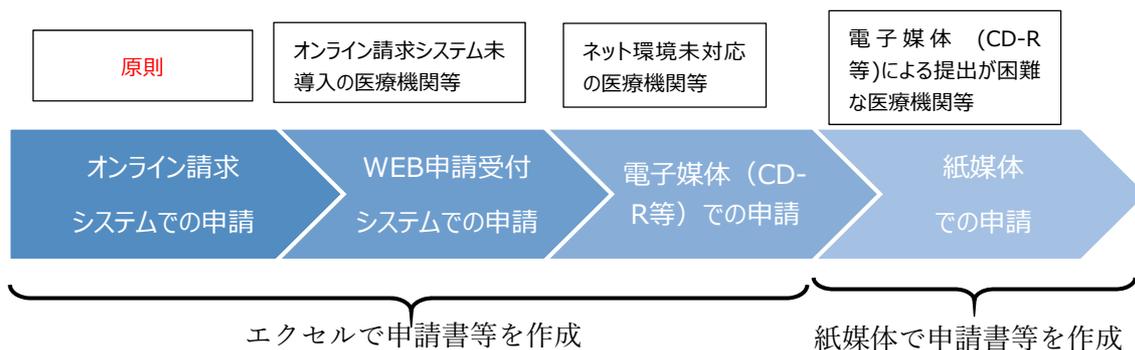
2.1 申請方法の確認

「オンライン請求システム」やインターネット環境への対応状況によって、申請方法が異なりますので、まずは自医療機関等の申請方法をご確認ください。

原則として、鳥取県の国保連の①「オンライン請求システム」(医療機関等が毎月の診療報酬請求事務で使用しているシステム)により申請してください。

「オンライン請求システム」未導入の医療機関等は、本事業専用の②「WEB申請受付システム」により申請してください。

なお、インターネット環境に対応していない医療機関等は、③「電子媒体(CD-R等)」により国保連に郵送することも可能です(電子媒体による提出も困難な場合は、④「紙媒体」を国保連に郵送)。



2.2 申請書等の入手

2.2.1 エクセルファイルの申請書等の入手

2.1の①「オンライン請求システム」、②「WEB申請受付システム」、③「電子媒体(CD-R等)」による申請を行う医療機関等については、エクセルファイルの申請書等を用いた申請となります。エクセルファイルの申請書等は、以下のホームページから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_00001.html

○鳥取県ホームページ；

・ <https://www.pref.tottori.lg.jp/292821.htm>

注：ホームページに掲載する申請様式には、医療機関等の負担を軽減するため、マクロが組み込まれています。使用するパソコンの環境により、マクロが組み込まれたファイルがダウンロードできない場合があります。

2.2.2 紙媒体の申請書等の入手

「オンライン請求システム」、「WEB 申請受付システム」、「電子媒体（CD-R 等）」による申請ができない医療機関等は、「紙媒体」の申請書等での申請となります。紙媒体の申請書等については、県にお問い合わせください。

2.3 申請書等の入力・記載

各医療機関等で入力いただくのは、以下の様式となります。以下に様式ごとに内容と入力いただく上での留意事項を記載しておりますので、ご確認ください。

なお、各様式とも、入力可能な箇所は水色のセルになり、その他の箇所への入力はできません。

また、エクセルファイルのシートの追加・削除等を行うと、ファイルの計算式が崩れ、正しい申請ができなくなることがありますので、シートの追加・削除等は絶対しないようお願いいたします。

「様式第1号 医療機関等情報」及び「様式第2号 給付対象内訳」のシート内の水色のセルに入力漏れがあると、提出用ファイルの出力ができない設定となっておりますので、漏れないよう、入力をお願いします（入力漏れに関する最終チェックは提出用ファイルの生成時に実行されます）。

<様式目次>

- 【様式第1号】医療機関等情報 新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金
- 【様式第2号】給付対象内訳 新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金
- 【様式第3号の1・様式第3号の2】慰労金の代理申請・受領の委任状
- 【様式第4号の1・様式第4号の2】国立等医療機関等用の慰労金の代理申請の委任状
- 【様式第5号及び別紙】委託会社等から医療機関等への代理申請・受領依頼及び申請者一覧
- 【様式第6号】医療機関等が都道府県に慰労金の給付申請を行う申請書様式
- 【様式第7号】医療機関等が都道府県に提出する慰労金給付に係る実績報告書
- 【様式第8号】医療機関等が都道府県に慰労金給付に係る実績報告を行う報告書様式
- 【参考様式第1号】勤務期間証明依頼（医療機関等から医療機関等へ）
- 【参考様式第2号】勤務期間証明回答（医療機関等から医療機関等へ）
- 【参考様式第3号】勤務期間証明回答（医療機関等から個人へ）

【様式第1号】医療機関等情報 新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金

【必須入力項目】

- ① 申請日
- ② 医療機関等コード
- ③ 施設名称※1
- ④ 管理者職名
- ⑤ 管理者氏名
- ⑥ 連絡先
- ⑦ 所在地※1
- ⑧ 国等制度上の問題の把握
- ⑨ 患者受入に関する確認
- ⑩ 口座情報に関する確認
 - ・ 債権譲渡の有無（回答によって以下が変わります）
 - ・ （都道府県への情報共有）
 - ・ （口座利用の同意）
 - ・ （口座情報）
- ⑪ 申請対象者の人数
- ⑫ 慰労金申請額
- ⑬ 振込手数料
- ⑭ 合計申請額

様式第1号 ①電子申請用

【医療機関一国保連一都道府県】医療機関等情報_新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金

申請日 令和2年7月1日 (入力形式) 西暦4桁/月/日 半角、スラッシュ区切り (表示は、完済表示になります)

施設概要

医療機関コード (10桁) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 施設名称 医療法人〇〇 △△病院

管理者職名 院長 ⑤ 管理者氏名 厚労太郎 ※申請者は管理者となります。

連絡先 担当部署 担当氏名 連絡先電話番号 連絡先メールアドレス

所在地 郵便番号 都道府県名 市区町村以降

1 2 3 4 - 0 0 1 2 東京都 千代田区豊が関1-1-1

⑧ 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対応ができない医療機関である

いいえ 自治体等において指定手続の特定手続等を行うことができない場合は迅速な対応、医療機関等において実施することがあります。

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 2020/4/1

施設類型

都道府県から役割指定を受けた日

新型コロナウイルス感染症患者を最初に受け入れた日

対象期間開始日 2020/4/1

口座情報

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 (勘定振替コードを有さない口座)は、「はい」を選択してください。債権譲渡されている場合は、国保連合会に登録されている口座への振替先を指定してください。債権譲渡されていない口座の情報を出してください必要があります。

国保連合会による当該口座の債権譲渡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

同意いただける場合は、「はい」を選択して下さい。

金融機関名 金融機関コード 支店番号 1:普通 2:当座 4:貯蓄 口座番号 残高表示桁数(桁) 金融機関名を、リスト入力して下さい。金融機関コードが表示されないが、正しい場合は、手入力して下さい。

上記の口座情報を都道府県が本事業の振込に使用することに同意する

はい

※今回の慰労金は、所得税法の非課税規定に基づき、非課税所得に該当します。また、令和二年度特別定額給付金等に係る差押禁止に関する法律に基づき、差押権について、譲り渡し、担保に供し、又は差し押さえることが禁止され、支給を受けた金額についても、差し押さえることが禁止されています。

※なお、本事業実施のために新たに入手・共有された情報は本事業のみに用い、その他の目的で使用されることはありません。

慰労金交付申請額

科目	人数	申請額 (円)
慰労金	15	1,500,000
振込手数料		3,000
合計申請額		1,503,000

※1 医療機関等コードを入力すると、③施設名称及び⑦所在地が自動で入力されます。
(令和2年6月1日時点の所管する厚生局に届出されている情報)

【① 申請日】

記入を完了して、申請書等を提出する日を入力してください。ここで入力された日付が、様式第6号の「申請書」の申請日に自動転記されますので、ご注意ください。

【② 医療機関等コード】

都道府県番号2桁、点数表番号1桁、郡市区番号2桁、医療機関等番号4桁、検証番号1桁の算用数字を組み合わせた計10桁の医療機関等コードを入力してください。

(助産所コードを有さない助産所は「999999999」を手入力してください。)

医療機関等 コード (10桁)	1	3	3	4	5	6	7	8	9	0
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

都道府県番号 点数表番号 郡市区番号 医療機関等番号 検証番号

(参考) 別紙 都道府県番号一覧及び点数表番号一覧

【③ 施設名称】

② 医療機関等コードを入力すると、厚生局に令和2年6月1日時点で届出されている施設名称が自動で入力されます(助産所コードを有さない助産所を除く)ので、自動で表示された施設名称に間違いがないか確認してください。

なお、助産所や令和2年5月以前に廃止された医療機関等、令和2年6月1日以降に新設された医療機関等、医療機関等コードが更新された医療機関等は、正しい施設名称が自動表示されませんので、手入力してください。

施設名称	医療法人社団〇〇〇 △△△病院
------	-----------------

【④ 管理者職名】・【⑤ 管理者氏名】

管理者の職名及び氏名を入力してください。ここで入力された管理者の情報が様式第6号の「申請書」に申請者として自動転記されますので、ご注意ください。

管理者職名	病院長	管理者氏名	〇〇〇〇
-------	-----	-------	------

【⑥ 連絡先】

申請内容に疑義や不備等があった場合に、確認させていただく際の連絡先をご入力ください。

連絡先	担当部署	担当者氏名	連絡先電話番号	連絡先メールアドレス
	〇〇部	〇〇〇〇	03-xxxx-xxxx	〇〇〇〇@〇〇.〇〇

【⑦ 所在地】

② 医療機関等コードを入力すると、厚生局に令和2年6月1日時点で届出されている所在地が自動で入力されます（助産所コードを有さない助産所を除く）ので、自動で表示された所在地に間違いがないか確認してください。

なお、助産所や令和2年5月以前に廃止された医療機関等、令和2年6月1日以降に新設された医療機関等、医療機関等コードが更新された医療機関等は、正しい所在地が自動入力されませんので、手入力してください。

所在地	郵便番号						都道府県名	市区町村以降	
	1	2	4	-	0	0	1	2	東京都

【⑧ 国等制度上の問題の把握】

国又は地方自治体が設置する医療機関等については、速やかな補正予算措置ができず、慰労金を迅速に医療従事者等に給付できない場合があります。国又は地方自治体が設置する医療機関等であっても、補正予算による対応等により医療機関等で慰労金を受け入れて医療従事者等に支出することができる場合には、「いいえ」を選択してください。国又は地方自治体が設置する医療機関等であって、補正予算措置ができず医療機関等で慰労金を受け入れて医療従事者等に支出することができない場合には、「はい」を選択してください。

なお、独立行政法人（例えば、国立病院機構等）の医療機関等は、「いいえ」を選択してください。

※ ご不明な場合は、自医療機関等の会計担当者等にご確認ください。

「はい」を選択した国又は地方自治体が設置する医療機関等は、対象となる医療従事者等から慰労金の代理申請の委任状を集めた上で、国保連に申請書等を提出しますが、医療従事者等への慰労金の給付は、県から行うこととなります。

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	いいえ	自治体等において補正予算の対応が速やかに行うことができる場合には通常通り、貴医療機関等において受領することができます。
--	-----	---

【⑨ 患者受入に関する確認】

当該都道府県における始期	2020/1/24	【施設類型】 1 新型コロナウイルス感染症患者の入院受入を割り当てた医療機関 2 帰国者・帰船者外来を設置する医療機関 3 地域外来・検査センター 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業務 6 1～5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
施設類型	1	
都道府県から役割指定を受けた日	2020/4/1	(形式) 西暦4桁/月/日 半角、スラッシュ区切り
新型コロナウイルス感染症患者を最初に受け入れた日	2020/5/1	(形式) 西暦4桁/月/日 半角、スラッシュ区切り ※「最初に受け入れた日」は、新型コロナウイルス感染症患者に対して入院診療を行った日(帰国者・帰船者外来を設ける医療機関においては、疑い例を含め診療を行った日)となります。
対象期間起日	2020/1/24	

「当該都道府県における始期」は、② 医療機関等コードを入力すると、所在地の都道府県が自動入力されることにより（又は所在地の都道府県を手入力することにより）、自動挿入されます。

「施設類型」は、以下のいずれかから、該当する施設類型の番号を選択してください。

1. 新型コロナウイルス感染症患者の入院受入を割り当てた医療機関
2. 帰国者・接触者外来を設置する医療機関
3. 地域外来・検査センター
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業務
6. 1～5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

上記で「2. 帰国者・接触者外来を設置する医療機関」「3. 地域外来・検査センター」「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業務」のいずれかを選択した場合、「役割指定を受けた日」を入力してください。

「新型コロナウイルス感染症患者を最初に受け入れた日」は、新型コロナウイルス感染症患者に対して入院診療を行った日（帰国者・接触者外来を設定する医療機関及び地域外来・検査センターにおいては、疑い例を含め診療等を行った日）となります。また、県から役割を設定されていない医療機関等で、院内感染等が発生するなどし、新型コロナウイルス感染症患者の入院受入した場合は、新型コロナウイルス感染症患者に対して入院診療を行った日となります。

「対象期間起点日」は、自動挿入されます。

【⑩ 口座情報に関する確認】

本事業では、国保連のシステムを活用した慰労金の振込みを予定しておりますので、診療報酬の振込用に国保連に登録されている口座の状況について、ご入力ください。

なお、本事業実施のために新たに入手・共有された情報は本事業のみに用い、その他の目的で使用されることはありません。

● 国保連に登録されている口座の債権譲渡の有無（以下の(1)又は(2)を選択）

(1) 国保連に登録されている口座が債権譲渡されていない場合は、「はい」を選択してください。「はい」を選択すると、以下の2つの同意欄が表示されます。どちらか一方でも同意されない場合は、国保連のシステムを活用した慰労金の振込みができなくなります。

ア 「債権譲渡の有無に関する確認結果が県に共有されることへの同意欄」

- ・ 給付対象ではない債権譲渡先に慰労金が渡ることを避けるため、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。慰労金給付過程において、その確認結果を県に共有されることについて同意される場合は、「はい」を選択してください。

- イ 「国保連に登録されている口座情報を本事業の振込みに使用することへの同意欄」
- ・ 診療報酬の振込用に国保連に登録されている口座情報を、本事業の振込みに使用することについて同意される場合は、「はい」を選択してください。

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(助産所コードを有さない助産所は、「いいえ」を選択してください)	はい
--	----

「はい」を選択すると、2つの同意欄が表示されます。

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	はい
--	----

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
--------------------------------------	----

(2) 国保連に登録されている口座が債権譲渡されている場合は、「いいえ」を選択してください。「いいえ」を選択すると、口座情報を入力する欄が表示されます。国保連に登録されている口座が債権譲渡されている場合は、国保連のシステムでの振込みができないため、債権譲渡されていない口座の情報をご入力ください。なお、その場合、慰労金の振込みは県から行われることになります。

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	いいえ
----------------------------	-----

「いいえ」を選択すると、口座情報記入欄が表示されます

金融機関名		金融機関コード			支店名		支店コード		
預金種類 (フリガナ)		口座番号 (左詰め)							
取引口座名		「債権譲渡されていない口座の情報を記載してください」							

【⑪ 申請対象者の人数】 / 【⑫ 慰労金申請額】 / 【⑬ 振込手数料】 / 【⑭ 合計申請額】

「申請対象者の人数」は、様式第2号、様式第5号より自動挿入されます。

「慰労金申請額」は、様式第2号、様式第5号より自動挿入されます。

「振込手数料」は、見込まれる額を記入してください。

「合計申請額」は、⑫+⑬の合計額が自動挿入されます。

科目	人数	申請額 (円)
慰労金	15	1,500,000
振込手数料		3,000
合計申請額 (円)		1,503,000

【様式第2号】 給付対象内訳 新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金

(1) 概要

様式第2号は、自医療機関等の医療従事者等及び退職者等で、慰労金の代理申請を行う方の氏名等を記載いただくものです。

様式第1号で「国又は地方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等への迅速な振込みができない医療機関等である」に「はい」を選択した場合は、様式第2号に、⑩医療従事者等個人の口座情報を入力する欄が展開されます。該当する医療機関等の医療従事者等には、県から慰労金の給付が行われます。

(2) 項目ごとの説明

様式第2号															※「新型コロナウイルス感染症緊急支援事業 (医療分) 実施要綱」317(4)に該当する。		金融機関名を、リスト入力して下さい。												
【医療機関→国保連→都道府県】給付対象内訳 新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金															※氏名は形式などに指定はない。		金融機関コードが表示されないか、正しくない場合は、手入力して下さい。												
氏名～性別まで、同一のデータがあります。(氏名が青色背景) 同姓同名の場合は問題ありません。															合計申請額 (円)		#REF!												
都道府県が債主登録を行う際に必要な情報															#REF!		#REF!												
管理番号 (半角数字) 1からの 自動連番	医療機関コード									氏名 (漢字)	氏名 (カタカナ)	生年月日	性別	所属医療機関等	【A】 起点日から6/30の 期間における 勤務日数	【B】 【A】のうち、 コロナ感染者 の勤務日数	【C】 他の施設等との勤務 日数通算及び当該 期間の勤務証明有無	【D】 【C】が適用の場合 その施設等名称	支給申請金額 (自動算出)	委任状 捺印	金融機関名	金融機関 コード	支店番号 (店番)	預金種別 1:普通 2:活 3:貯蓄 4:特	口座番号	口座名義 (半角カタカナ) 姓との間に 半角スペース1個			
1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	ファスト1		1995年1月1日	1	医療法人 〇〇 〇〇病院	10	1			#REF!	済	りそな銀行	0010		1				
2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	ファスト2		1995年1月2日		医療法人 〇〇 〇〇病院	9					済								
3	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	ファスト2		1995年1月2日		医療法人 〇〇 〇〇病院	10					済								
4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	ファスト4		1995年1月4日		医療法人 〇〇 〇〇病院						済								
5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	ファスト5		1995年1月5日		医療法人 〇〇 〇〇病院						済								
6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	ファスト6		1995年1月6日		医療法人 〇〇 〇〇病院						済								
7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	ファスト7		1995年1月7日		医療法人 〇〇 〇〇病院						済								
8	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	ファスト8		1995年1月8日		医療法人 〇〇 〇〇病院						済								
9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	ファスト9		1995年1月9日		医療法人 〇〇 〇〇病院						済								
10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	ファスト10				医療法人 〇〇 〇〇病院						済								
11	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	ファスト11				医療法人 〇〇 〇〇病院						済								
12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	ファスト12				医療法人 〇〇 〇〇病院						済								
13	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	ファスト13				医療法人 〇〇 〇〇病院						済								
14	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	ファスト14				医療法人 〇〇 〇〇病院						済								
15	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	ファスト15				医療法人 〇〇 〇〇病院						済								

①医療機関等コード

様式第1号から自動挿入されます。

②給付対象者の氏名・カナ氏名・生年月日・性別

人事給与システム等から医療従事者等の氏名・カナ氏名・生年月日・性別等を入力ください。人事給与システムから抽出されたCSVファイル等から、貼り付けることができると簡便です。

③所属医療機関等

様式第1号から自動挿入されます。(自動挿入されない場合は手入力)

④対象期間起点日から令和2年6月30日までの勤務日数

医療従事者等個人ごとに、様式第1号で入力された「対象期間起点日」と6月30日までの間に何日間勤務されていたかを確認いただき、該当日数を入力してください。他の医療機関等での勤務がある場合は、合算して入力してください。

※ 勤務日数欄は整数のみ入力可能です。勤務日数は常勤換算ではありません。暦日でカウントいただくようお願いします(1日1時間勤務の方も1日8時間勤務の方も、同じ「1日」となります)。

⑤④のうち新型コロナウイルス感染者患者受入日から令和2年6月30日までの勤務日数

医療従事者等個人ごとに、様式第1号で入力された「新型コロナウイルス感染者患者を

最初に受け入れた日」と6月30日までの間に何日間勤務されていたかを確認いただき、該当日数を入力してください。

※ 勤務日数欄は整数のみ入力可能です。勤務日数は常勤換算ではありません。暦日でカウントいただくようお願いします（1日1時間勤務の方も1日8時間勤務の方も、同じ「1日」となります）。

※ 「新型コロナウイルス感染症患者を最初に受け入れた日」は、県等から役割を設定されていない医療機関等で、院内感染等が発生するなどし、新型コロナウイルス感染症患者の入院受入した場合は、新型コロナウイルス感染症患者に対して入院診療を行った日となります。

⑥他の医療機関等で勤務した日数がある場合は、プルダウンから「有」を選択

⑦他の医療機関等で勤務した日数がある場合、④で勤務日数を通算した医療機関等名称（複数ある場合は、勤務日数が10日以上となるために合算した医療機関等名称）を入力してください。

⑧支給申請金額（自動算出されます）

※ 勤務日数等により、慰労金の支給申請金額がゼロ円となる方が入力された場合は、エラー表示が出ます。

⑨給付対象者から委任状を集めた場合は、プルダウンから「済」を選択

※ 対象者全員分の委任状について「済」となっていない場合は、警告が出ます。

⑩給付対象者の口座情報を入力

様式第1号で「国又は地方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等への迅速な振込みができない医療機関等である」に「はい」を選択した医療機関等は、県から慰労金の振込みを行うための医療従事者等個人の口座情報を入力してください。

【様式第3号の1・様式第3号の2】慰労金の代理申請・受領の委任状

（1）概要

慰労金については、原則として、医療機関等が、医療従事者等から委任を受けて、代理申請・受領を行い、医療機関等から医療従事者等に給付いただくこととしています。様式第3号の1・様式第3号の2は、医療従事者等が医療機関等の管理者に対して慰労金の代理申請・受領の委任を行うための委任状の様式です。

委任状には、代理申請・受領を医療機関等の管理者に委任する前提として、①個人申請及び他の医療機関や介護・障害施設からの慰労金の申請を行わないこと、②申請内容に虚偽があった場合又は複数機関等から慰労金の給付を受けた場合は、不当利得として速やかに県

に慰労金を返還することを記載しています。

様式第3号の1・様式第3号の2は、様式第2号に給付対象者の氏名等を入力すると、対象者の委任状をまとめて印刷することが可能となるよう設定しています。様式第3号の1は職場単位でまとめて委任状を集める場合、様式第3号の2は個人単位で委任状を集める場合をそれぞれ想定しています。どちらか一方の様式により、医療従事者等から委任状を集める必要がありますので、自医療機関等の実情に応じてどちらかの様式を選択（併用可能）いただき、医療従事者等に対して、委任状の内容確認を行った上で署名等を行うよう依頼してください。

委任状を集めた医療従事者等については、様式第2号の「委任状徴収済」欄についてプルダウンから「済」を選択してください。

（注）委任状の提出がない医療従事者等については、慰労金の代理申請・受領を行うことはできません。

医療従事者等から提出された委任状については、医療機関等で保管してください。審査や精算事務を行う過程で必要に応じて県から提出を求めることがありますので、代理申請・受領を行う医療従事者等全員分の委任状を集めるよう、お願いします。

（2）項目ごとの説明

【様式第3号の1】

- ① 宛先 ※3
 - ② 代理申請・受領者※3
 - ③ 委任状本文※3
 - ④ 対象者氏名※4
 - ⑤ 押印
 - ⑥ 住所（対象者による自署）
 - ⑦ 申請及び受領を委任する金額※4
- ※3：様式1より自動挿入されます
 ※4：様式2より自動挿入されます

様式第3号の1

東京都 知事殿

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における
 新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金 代理申請・受領委任状

下記の者は、

① 今回の新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金の申請以外に、個人申請並びに他の医療機関や介護・障害施設から慰労金の給付申請を行わないこと及び、

② 申請内容に虚偽があった場合又は複数機関等から慰労金の給付を受けた場合は、不当利得として速やかに都道府県知事に慰労金を返還することを確認・誓約し、

医療法人〇〇 △△病院 厚労太郎 ②代理申請・受領者と定め、
 新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金の申請及び受領に関する権限を委任します。

（注意事項）

- ・ この委任状は、都道府県への提出は不要です。ただし、慰労金の代理申請及び受領を証するものとして、都道府県からの求めがあった場合に速やかに提出できるよう、医療機関等において、適切に保管しなければなりません。

記

管理番号	氏名（漢字）	押印	生年月日	住所（自署）	申請及び受領する金額
1	テスト1	印	1995年1月1日		200,000
2	テスト2	印	1995年1月2日		
3	テスト3	印	1995年1月3日		200,000

【様式第3号の2】

- ① 宛先※3
- ② 所属※3
- ③ 氏名（対象者による自署）
- ④ 住所（対象者による自署）
- ⑤ 生年月日※4
- ⑥ 代理申請・受領者※3

※3：様式1より自動挿入されます

※4：様式2より自動挿入されます

様式第3号の2	
①	東京都 知事殿
令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における 新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金 代理申請・受領委任状	
②	所 属： 医療法人〇〇 △△病院
③	氏 名：（自署）
④	住 所：（自署）
⑤	生年月日：
⑥	私は、下記の事項を確認・契約し、医療法人〇〇 △△病院 厚労太郎 を 代理申請・受領者と定め、新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金 円 の申請及び及び受領に関する権限を委任します。
記	
1. 今回の新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金の申請以外に、個人申請並びに 他の医療機関や介護・障害施設から慰労金の給付申請を行わないこと。	
2. 申請内容に虚偽があった場合又は複数機関等から慰労金の給付を受けた場合は、 不当利得として 東京都 知事に慰労金を返還すること。	
（注意事項） この委任状は、都道府県への提出は不要です。ただし、慰労金の代理申請及び受領を 証するものとして、都道府県からの求めがあった場合に速やかに提出できるよう、 医療機関等において、適切に保管しなければなりません。	

【様式第4号の1・様式第4号の2】国立等医療機関等用の慰労金の代理申請の委任状

（1）概要

様式第1号で「国又は地方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等への迅速な振込みができない医療機関等である」に「はい」を選択した医療機関等は、対象となる医療従事者等から慰労金の代理申請の委任状を集めた上で、国保連に申請書等を提出しますが、医療従事者等への慰労金の給付は、県から行うこととなります。様式第4号の1・様式第4号の2は、当該医療機関等の医療従事者等が医療機関等の管理者に対して慰労金の代理申請の委任を行うための委任状の様式です。

※ 該当するのは、国又は地方自治体が設置する医療機関等であって、補正予算措置ができず医療機関等で慰労金を受け入れて医療従事者等に支出することができない医療機関等です。なお、独立行政法人（例えば、国立病院機構等）の医療機関等は、該当しません。

※ ご不明な場合は、自医療機関等の会計担当者等にご確認ください。

委任状には、代理申請を医療機関等の管理者に委任する前提として、①個人申請及び他の医療機関や介護・障害施設からの慰労金の申請を行わないこと、②申請内容に虚偽があった場合又は複数機関等から慰労金の給付を受けた場合は、不当利得として速やかに県に慰労金を返還することを記載しています。

様式第4号の1・様式第4号の2は、様式第2号に給付対象者の氏名等を入力すると、対象者の委任状をまとめて印刷することが可能となるよう設定しています。様式第4号の1

は職場単位でまとめて委任状を集める場合、様式第4号の2は個人単位で委任状を集める場合をそれぞれ想定しています。どちらか一方の様式により、医療従事者等から委任状を集める必要がありますので、自医療機関等の実情に応じてどちらかの様式を選択（併用可能）いただき、医療従事者等に対して、委任状の内容確認を行った上で署名等を行うよう依頼してください。

委任状を集めた医療従事者等については、様式第2号の「委任状徴収済」欄についてプルダウンから「済」を選択してください。

（注）委任状の提出がない医療従事者等については、慰労金の代理申請を行うことはできません。

医療従事者等から提出された委任状については、医療機関等で保管してください。審査や精算事務を行う過程で必要に応じて県から提出を求めることがありますので、代理申請を行う医療従事者等全員分の委任状を集めるよう、お願いします。

（2）項目ごとの説明

【様式第4号の1】

- ① 宛先 ※5
 - ② 代理申請者 ※5
 - ③ 委任状本文 ※5
 - ④ 対象者氏名 ※6
 - ⑤ 押印
 - ⑥ 住所（対象者による自署）
 - ⑦ 申請を委任する金額 ※6
- ※5：様式1より自動挿入されます
 ※6：様式2より自動挿入されます

（※代理受領不可の場合）
様式第4号の1

東京都 知事殿

① 令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金 代理申請委任状

下記の者は、

- ① 今回の新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金の申請以外に、個人申請並びに他の医療機関や介護・障害施設から慰労金の給付申請を行わないこと及び、
- ② 申請内容に虚偽があった場合又は複数機関等から慰労金の給付を受けた場合は、不当利得として速やかに都道府県知事に慰労金を返還することを確認・誓約し、

医療法人〇〇 △△病院 ② 厚労太郎 を代理申請者と定め、新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金の申請に関する権限を委任します。

（注意事項）

- ・ この委任状は、都道府県への提出は不要です。ただし、慰労金の代理申請を証するものとして、都道府県からの求めがあった場合に速やかに提出できるよう、医療機関等において、適切に保管しなければなりません。

記

（※④もしくは署名⑤印）

管理番号	氏名（漢字）	印	生年月日	住所（自署）	申請と委任する金額
1	テスト1	印	1995年1月1日		200,000
2	テスト2	印	1995年1月2日		
3	テスト3	印	1995年1月3日		200,000

【様式第 4 号の 2】

- ① 宛先 ※ 5
- ② 所属 ※ 5
- ③ 氏名 (対象者による自署)
- ④ 住所 (対象者による自署)
- ⑤ 生年月日 ※ 6
- ⑥ 代理申請者 ※ 5

※ 5 : 様式 1 より自動挿入されます

※ 6 : 様式 2 より自動挿入されます

(※代理受領不可の場合)
様式第4号の2

① 東京都 知事殿

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金 代理申請委任状

② 所 属 : 医療法人〇〇 △△病院
③ 氏 名 : (自署)
④ 住 所 : (自署)
⑤ 生年月日 :
⑥

私は、下記の事項を確認・承諾し、医療法人〇〇 △△病院 厚労太郎 を代理申請者と定め、新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金 〇〇〇〇 円の申請に関する権限を委任します。

記

1. 今回の新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金の申請以外に、個人申請並びに他の医療機関や介護・障害施設から慰労金の給付申請を行わないこと。

2. 申請内容に虚偽があった場合又は複数機関等から慰労金の給付を受けた場合は、不当利得として東京都 知事に慰労金を返還することを誓約します。

(注意事項)

・ この委任状は、都道府県への提出は不要です。ただし、慰労金の代理申請を証するものとして、都道府県からの求めがあった場合に速やかに提出できるよう、医療機関等において、適切に保管しなければなりません。

【様式第 5 号及び別紙】委託会社等から医療機関等への代理申請・受領依頼及び申請者一覧

(1) 概要

委託会社等の医療従事者等についても、自医療機関等の医療従事者等と同様の整理で、慰労金の給付対象となる場合があります。自医療機関等で勤務する委託会社等の医療従事者等についても、医療機関等が、当該医療従事者等から委任を受けて、代理申請・受領を行っていただくこととしています。様式第 5 号及び別紙は、医療機関等に対して委託会社等が医療従事者等の慰労金の代理申請・受領に関して依頼を行うための依頼状及び対象となる医療従事者等の名簿です。

医療機関等は、委託会社等と調整して、対象となる医療従事者等を整理いただき、委託会社等に対し、様式第 5 号及び別紙を提出するとともに、委託会社等の医療従事者等に係る慰労金の代理申請・受領の委任状（様式第 3 号の 1、様式第 3 号の 2、様式第 4 号の 1、様式第 4 号の 2）の回収を依頼するようお願いします。

委託会社等から提出された様式第 5 号別紙は、自医療機関等の医療従事者等の様式第 2 号（給付対象内訳）と同様に、国保連に提出することとなります。申請様式のエクセルファイルのシート「(様式 5 号 別紙) 委託業者職員等内訳」に、提出された全ての委託会社等の様式第 5 号別紙をコピー＆ペーストしてください。

※ 複数の委託会社等から様式第 5 号別紙が提出された場合でも、申請様式のエクセルファイルのシートの追加は行わず、シート「(様式 5 号 別紙) 委託業者職員等内訳」に全ての委託会社等の様式第 5 号別紙をコピー＆ペーストするようにしてください。

(2) 項目ごとの説明

【様式第5号】

- ① 申請日（自署）
 - ② 代理申請・受領者※7
 - ③ 会社及び代表者名（自署）
 - ④ 振込先口座情報（自署）
- ※7：様式1より自動挿入されます

様式第5号
(文書番号)

① 令和2年×月××日

② 医療法人○○ △△病院
院長 厚労太郎 殿

③ 株式会社◎◎
◎◎◎◎

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における
「新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金」の代理申請・受領委任について

貴院で委託業務に従事する別紙の者にかかる慰労金の申請及び受領について、
貴職に委任いたしますので、事務手続き方よろしくお願いいたします。

(※委託会社等から同社の医療従事者等に慰労金の給付を行う場合は、以下を記載してください)

なお、慰労金の入金があった際には、下記口座にお振込みいただくようお願い
します。

記

◎◎銀行 ◎◎支店
普通 1 2 3 4 5 6 7
④ ◎◎◎◎

【様式第5号別紙】

様式第5号別紙は、自医療機関等の医療従事者等用の「様式第2号」と同様の要領で委託会社等において作成いただいでください。

様式第5号別紙															※「新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業（医療分）実施要綱」3（17）エ（イ）に該当する									
委託・派遣業者一医療機関一国保連一都道府県 給付対象者内訳 新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金（委託・派遣労働者分） 委任状カウント▶ 不送															金融機関名を、リスト入力して下さい。 金融機関コードが表示されないか、正しくない場合は、手入力して下さい。									
※必要に応じて医療機関のシステム等からCSVデータに落とし込んだものを取り付けるなどの方法で作成して下さい。 ※氏名の姓と名の間のスペースあり/なし、氏名カナの全角/半角、日、性別等を入力する/しない、あるいは形式などに指定はなし															※給付を行う際の印字事項									
管理番号 14桁部 2桁の 自動連番	① 医療機関コード	② 氏名 (漢字)	② 氏名 (カタカナ)	② 生年月日	② 性別	③ 法人名称	④ A1 起点日から30日 の間における 出勤勤務日数	⑤ J 【A】のうち、 コロナ感染者 日数通算及び当該 期間からの勤務日数	⑥ 他 他の施設等との勤務 日数通算及び当該 期間の勤務証明有無	⑦ 会社や機関 (円)	⑧ 支給金額 (自動算出)	⑨ 委任状 枚数	⑩ 金融機関名	金融機関 コード	支店番号 (店番)	口座番号 (1:普通 2:当座 4:特種)	口座名 (半角カタカナ 姓と名の間に 半角スペース)							
1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7							
2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7							
3	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7							
4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7							
5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7							
6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7							
7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7							
8	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7							
9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7							
10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7							
11	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7							
12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7							
13	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7							
14	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7							
15	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7							
16	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7							
17	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7							
18	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7							

- ① 医療機関等コード※8
※8：様式1より自動挿入されます。
- ② 給付対象者の氏名・カナ氏名・生年月日・性別
(委託会社等で作成)
- ③ 法人名称等：雇用されている委託会社等の名称を記載
- ④ 対象期間起点日から令和2年6月30日までの勤務日数
- ⑤ ④のうち新型コロナウイルス感染者患者受入日から令和2年6月30日までの勤務日数
- ⑥ 他の医療機関等で勤務した日数がある場合は、プルダウンから「有り」を選択

- ⑦ 他の医療機関等で勤務した日数がある場合、その施設等名称を入力
- ⑧ 支給申請金額（自動算出されます）
- ⑨ 給付対象者から委任状を集めた場合は、プルダウンから「済」を選択
- ⑩ 給付対象者の口座情報を入力

様式第1号で「国又は地方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等への迅速な振込みができない医療機関等である」に「はい」を選択した医療機関等においては、県から慰労金の振込みを行うための医療従事者等個人の口座情報を入力してください。

【様式第6号】医療機関等が県に慰労金の給付申請を行う申請書様式

(1) 概要

様式第6号は、医療機関等が県に慰労金の給付申請を行う際の申請書様式となります。押印省略としていますので、印刷・押印する必要はありません。

(2) 項目ごとの説明

【様式第6号】

- ① 宛先 ※9
 - ② 申請者 ※9
 - ③ 支給申請額 ※9
- ※9：様式1より自動挿入されます

様式第6号
(文書番号)
令和2年7月1日

① 都道府県 知事殿

② 医療法人〇〇 △△病院
厚労太郎
(押印省略)

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金給付申請書

標記について、次により交付金を給付されるよう関係書類を添えて申請する。

記

1. 支給申請額 ③ ×××× 円

2. 添付書類

- ・新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金計算書（様式1）
- ・新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金内訳（様式2）

以上

【様式第7号】医療機関等が県に提出する慰労金給付に係る実績報告書

(1) 概要

医療機関等は、委託会社等の医療従事者等を含めて、医療従事者等への慰労金の給付が終わった後、おおむね1か月程度のうちに、県に給付の実績をご報告ください。実績報告は、「オンライン請求システム」によるのではなく、申請を行った医療従事者等に所定の金額を振り込んだこと等が確認できる証憑（銀行口座への振込みの場合のファームバンキングの振込記録、現金での受け渡しの際の自署又は押印された受領簿など）と要した振込手数料が確認できる書面を添えて、県に提出ください。

(2) 項目ごとの説明

【様式第7号】

【必須入力項目】

- ① 医療機関等コード※10
- ② 連絡先※10
- ③ 所在地※10
- ④ 慰労金給付人数
- ⑤ 慰労金給付額
- ⑥ 振込手数料
- ⑦ 慰労金給付済額(⑤+⑥)
- ⑧ 慰労金給付決定額
- ⑨ 精算額(⑧-⑦)

【医療機関一都道府県】実績報告書_新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金											
施設概要											
医療機関コード	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	施設名称
連絡先	担当部署		担当者氏名		連絡先電話番号			連絡先メールアドレス			
所在地											
都道府県名		市区町村以降									
東京都		千代田区霞が関1-1-1									
給付実績額											
科目		人数		給付額(円)							
慰労金		4		400,000							
振込手数料				0							
				慰労金給付済額(円) 400,000							
				慰労金給付決定額(円) 400,000							
				精算額 400,000							

※こちらの実績書は、職員等への慰労金給付が終了したら1か月以内をめどに、各都道府県慰労金担当窓口上添付書類と合わせてご提出ください。

◎給付後に提出いただく書類は以下の通りです。

- ・慰労金を職員等に対して給付した際の証憑（個人ごとの振り込みの記録や現金で給付した場合の受領簿など給付額が分かるもの）
- （※委託業者等に雇用される者に委託業者等経由で給付を実施した場合は、当該委託業者等が委託業者等に雇用される者に給付を行ったことが確認できる証憑も必要）
- ・慰労金の給付にあたって振込手数料を要した場合の、振込手数料がわかる書類 等

※10：様式1より自動入力されます。

【様式第8号】医療機関等が県に慰労金給付に係る実績報告を行う報告書様式

(1) 概要

様式7で作成した実績報告書を県に提出する際に公文書のひな型となります。

(2) 項目ごとの説明

- ① 宛先 ※11
- ② 報告者 ※11
- ③ 添付書類 ※11

※11：様式1より自動挿入されます

様式第8号 (文書番号)	
令和2年×月×日	
都道府県 知事殿	
医療法人○○ △△病院 厚労 太郎 (押印省略)	
令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金(医療分)における 新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金給付実績報告書	
標記について、別紙により給付実績を報告いたします。	
記	
添付書類	
<ul style="list-style-type: none"> ・実績報告書(様式第7号) ・慰労金を職員等に対して給付した際の証憑 ・要した振込手数料にかかる証憑 ・その他 	
以上	

※ 以降の様式については、医療機関等の事務の参考とするために添付しているものです。
各医療機関等のご事情に応じてご活用ください。

【参考様式第1号】勤務期間証明依頼（医療機関等から医療機関等へ）

他の医療機関等での勤務期間がある医療従事者等について、勤務期間の証明を依頼する場合の参考様式ですので、必要に応じて活用ください。

参考様式第1号 (発翰番号)
令和2年×月××日
医療法人●● 院長殿
医療法人社団○○ △△病院 厚労太郎 ㊟
令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における 「新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金」給付に係る勤務証明について（依頼）
下記の職員に係る標記について、別紙によりご証明くださるようお願いいたします。
記
証明対象職員：●●●● 職名：○○○○ 対象期間：●年●月●日～●年●月●日の間の勤務日数

【参考様式第2号】勤務期間証明回答（医療機関等から医療機関等へ）

参考様式第1号に対する回答を行う場合の参考様式ですので、必要に応じて活用ください。

参考様式2 (発翰番号)
令和2年×月××日
医療法人○○ △△病院 院長 厚労太郎 殿
医療法人●● 院長 ○○ ○○ ㊟
令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における 「新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金」給付に係る勤務証明について（回答）
令和○年○月○日付けで貴職より依頼のありました標記について、下記の通り 回答いたします。
記
証明対象職員氏名：○○○○ 所属部門・部署：○○○○ 職種：○○○○ 主な業務内容：○○○○ 起点日から6月末までの勤務日数：○○○○ 新型コロナウイルス感染症患者1例目受入以降6月末 までの勤務日数： 施設類型：

【参考様式第3号】勤務期間証明回答（医療機関等から個人へ）

医療従事者等個人から勤務期間の証明を求められた場合に回答するための参考様式です。

参考様式3 (発翰番号)
令和2年×月××日
医療法人〇〇 △△病院 院長 厚労太郎 ㊟
令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における 「新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金」給付に係る勤務証明
標記について、以下とおり相違のないことを証明いたします。
記
証明対象職員氏名：〇〇〇〇 所属部門・部署：〇〇〇〇 職種：〇〇〇〇 主な業務内容：〇〇〇〇 起点日から6月末までの勤務日数：〇〇〇〇 新型コロナウイルス感染症患者1例日受入以降6月末 までの勤務日数： 施設類型：

【申請概要】

「申請概要」は国保連が医療機関等から申請のあったデータを抽出するためのシートです。医療機関等での作業は不要です。

申請概要_新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金							
施設名称	医療機関コード	郵便番号	住所	電話番号	慰労金交付申請額 (円)	【郵道府県記載欄】 慰労金交付決定額 (円)	国保連合取り扱い 不可事由
医療法人社団〇〇 △△病院	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	124-0012	東京都千代田区霞が関1-1-1	03-XXXX-XXXX	1,503,000	1,503,000	無

2.4 その他個別に留意する必要がある事例について

2.4.1 複数医療機関等で勤務している医療従事者等への対応について

慰労金は、主として勤務する医療機関等で申請いただくことを基本としています。2か所以上の医療機関等に勤務し、いずれの医療機関等でも10日以上勤務するなどの要件を満たす場合には、重複申請となることのないようご注意ください。

なお、慰労金は、令和2年度二次補正予算を財源として行うものとして、介護サービス事業所等や障害福祉サービス事業所等に従事される職員を対象とする慰労金を含め、お一人一回限りの給付となりますので、複数の医療機関等を通じた申請は辞退いただく必要があ

ります。仮に、二重に給付を受けた場合には、不当利得として返還していただくことになります。

2.4.2 地域外来・検査センターで勤務した医療従事者等への対応について

自医療機関等の医療従事者等で、地域外来・検査センター（いわゆるPCR検査センター）で勤務した方は、地域外来・検査センターでの勤務実績を踏まえて申請を行うことができます。その場合、当該医療従事者等については、地域外来・検査センターを実施する団体等又は県から勤務期間証明を取得いただくよう、当該医療従事者等に促してください。当該勤務期間証明を踏まえて、医療機関等は申請を行うようお願いいたします。なお、勤務期間証明は、参考様式第1号及び第2号を活用して貴医療機関等から当該医療従事者等が勤務した地域外来・検査センターに依頼して入手しても構いません。

※ 地域外来・検査センターで勤務した方については、他の要件を満たす場合、20万円又は10万円の給付対象となります。

様式第2号															【医療機関→国保連→都道府県】給付対象内訳 新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金		支給対象となる期間		支給対象となる金額		支給対象となる回数		支給対象となる回数		支給対象となる回数	
氏名一性別まで、同一のデータがあります。（氏名が青色背景）同姓同名の場合は問題ありません。															合計申請額（円）		申請額		申請額		申請額		申請額		申請額	
医療機関コード	氏名	氏名	生年月日	性別	所属医療機関等	【A】	【B】	【C】	【D】	支給申請金額	責任状	金融機関名	金融機関	預金種別	口座番号	口座名義										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17										
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1										
2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1										
3	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1										
4	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1										
5	1	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1										
6	1	2	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1										
7	1	2	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1										
8	1	2	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1										
9	1	2	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1										
10	1	2	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1										
11	1	2	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1										
12	1	2	11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1										
13	1	2	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1										
14	1	2	13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1										
15	1	2	14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1										
16	1	2	15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1										

この場合の様式第2号の記載方法については、

- ⑥ 「【C】 他の施設等との勤務日数通算及び当該期間の勤務証明有無」欄に「有り」を選択、
- ⑦ 「【D】 【C】が有りの場合その施設等名称」欄に、施設等名称（複数の地域外来・検査センターで勤務した場合は、いずれか1つ）を記載した上で、
- ④ 「【A】 起点日から6/30の期間における勤務日数」欄に、地域外来・検査センターにおいて起点日から6月30日までの間に勤務日数がある場合には当該日数を加算してください。
- ⑤ 「【B】 【A】のうち、コロナ感染患者受入からの勤務日数」欄に、地域外来・検査センターにおいて疑い例を含め診療等を行った日から6月30日までの間に勤務日数がある場合には当該日数を加算してください。

※ 地域外来・検査センターは県から団体等に医療従事者等の派遣依頼を行っている場合が多くありますので、該当する医療従事者等の申請にあたっては、重複申請となることのないよう、県の担当と連携を取っていただくようお願いいたします。

2.4.3 自医療機関等を退職した医療従事者等への対応について

すでに自医療機関等を退職した医療従事者等の慰労金については、現在他の医療機関等で勤務している場合は、現在勤務する医療機関等から申請を行うこととなります。他方、現在医療機関等で勤務していない医療従事者等の慰労金については、対象期間中に勤務していた医療機関等が取りまとめて申請を行うことを原則としています。このため、対象期間中に勤務していたが、すでに退職した医療従事者等から慰労金の申請について問合せがありましたら、現在他の医療機関等で勤務していない場合、現在自医療機関等で勤務している医療従事者等と併せて申請いただくよう、お願いいたします。なお、自医療機関等からの申請が難しい場合は、2.4.5の個別申請をご案内ください。その際、個別申請の申請書に、対象期間中に勤務していた医療機関等が記入する「申請者の業務内容等の証明欄」がありますので、当該欄への記入にご協力いただきますようお願いいたします。

2.4.4 個別申請について

現在、医療機関等で勤務していない医療従事者等の慰労金については、対象期間中に勤務していた医療機関等が取りまとめて申請を行うことを原則としています。しかし、以前勤務していた医療機関等から申請ができない方については、個別申請の申請書を用いて、県に個別申請を行うこととなります。

※ 個別申請を行う場合の申請書の提出窓口、提出方法等は、県に確認してください。

個別申請にあたっては、慰労金の給付対象となるか、また、給付金額がいくらになるかを審査する必要があるため、個別申請の申請書に、対象期間中に勤務していた医療機関等が記入する「申請者の業務内容等の証明欄」を設けています。対象期間中に勤務していたが、すでに退職した医療従事者等から相談がありましたら、現在他の医療機関等で勤務していない場合、現在自医療機関等で勤務している医療従事者等と併せて申請いただくようお願いいたしますが、申請が困難な場合は、以下の個別申請の申請書の赤枠内の「申請者の業務内容等の証明欄」への記入にご協力いただきますようお願いいたします。

【個別申請の申請書】

(表面)

(裏面)

新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金 個別申請書(案)

申請額: 20万円・10万円・5万円 (いずれか1つに○)

交付印

○申請者の氏名等

氏名(フリガナ)	職 信 用	生年月日
姓 名	●●●●市●●●	●●年●●月●●日
署名(又は捺印)	印	年 月 日
印	印	印

○対象期間内に勤務していた医療機関等の情報

名称	医療機関コード	住所

○対象期間内の勤務先医療機関等における申請者の業務内容等(※医療機関等に記入してもらうこと)

勤務先医療機関等の名称(部門、科等)	勤務先医療機関等での職種	勤務先医療機関等における業務内容

○対象期間(※)から6月末日までの勤務日数

月	日	勤務日数

○当該医療機関等の証明 ○○病院 院長 ○○○○ 印

【取出口座番号】(長期出入出金のない口座番号を入力してください)
 申請者等が指定していない場合は、申請者等の口座番号が記載されます。必ず入力してください。

金融機関名	支 店 名	口座番号	口座名義
ゆうちょ銀行(支店)	支店名	口座番号	口座名義
三井住友銀行	支店名	口座番号	口座名義
三菱UFJ銀行	支店名	口座番号	口座名義
りそな銀行	支店名	口座番号	口座名義
信用金庫	支店名	口座番号	口座名義
信用協同組合	支店名	口座番号	口座名義

※裏面にも記載が必要な箇所があります。

(申請書裏面)

本人確認書類
 写し貼り付け
 ・運転免許証のコピー ・健康保険証のコピー ・年金手帳のコピー 等

振込先金融機関口座確認書類
 写し貼り付け
 通帳(口座番号が書かれた部分)のコピー
 または
 キャッシュカードのコピー 等

チェックリスト
 (以下の項目について必ず確認の上、確認後はチェック欄(口)にシを記入してください。)
 ① 御記入いただいた各項目に記載漏れ、記載誤りがないか再度御確認ください。
 ② 特に、御記入いただいた通帳番号と添付した通帳のコピーの番号が一致することを御確認ください。
 ③ 添付資料に漏れがないか御確認ください。
 ④ 他の医療機関等からは本慰労金の申請は行っていません。
 ⑤ 記載内容に虚偽があった場合や、二重に申請が行われた場合は、慰労金の返還を求められる場合がありますことを確認しました。

2.5 提出用ファイルの出力 (エクセルファイル)

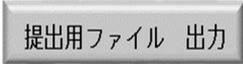
エクセルファイルの申請書等について、入力用のファイルのままでは、国保連で受付できませんので、提出用のファイルを出力する必要があります。

提出用ファイルは、「様式第1号」「様式第2号」「様式第5号別紙」「様式第6号」及び「申請概要」で生成されます。

すべての「必須項目」について、漏れなく入力されたことを確認の上、申請書等のエクセルファイルのシート「最初に読んでください→医療機関での作業概要」にあるファイル出力ボタンをクリックしてください。入力用のファイルと同じフォルダに、提出用のファイル(ファイル名; 提出用_慰労金事業_医療機関番号_日付.xlsx)が出力されます。

なお、入力漏れに関する最終チェックが提出用ファイル生成時に実行されます。

☆ファイル出力ボタン;



2.6 申請書等の提出 (エクセルファイル)

(詳細は、国保連から提供されるマニュアルをご確認ください。7月20日ごろまでに提供される予定です。)

申請書等について、国保連の受付開始は、以下の予定です。

- ・「オンライン請求システム」は、7月21日から受付開始
- ・「WEB申請受付システム」は、7月25日ごろから受付開始

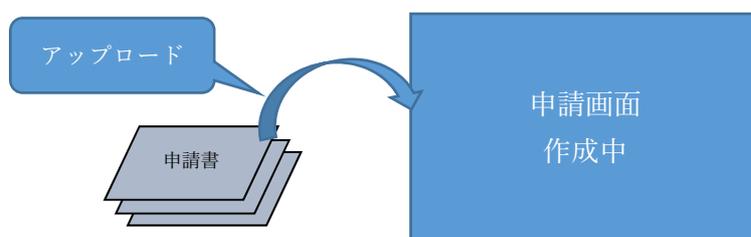
また、8月以降の申請書等の受付期間は、毎月15日から末日までとし、申請の最終的な締切は令和3年2月末日となります。

なお、医療機関等への慰労金等の振込みは、最速で、国保連における申請書等の受付の翌月下旬となる予定です。

2.6.1 「オンライン請求システム」による申請書等の提出（エクセルファイル）

診療報酬請求事務で使っている「オンライン請求システム」に、診療報酬請求で使用しているID・パスワードによりログインし、本事業の申請画面にアクセスしていただき、「2.5 提出用ファイルの出力」にて出力された提出用のファイルを取り込んでください。「2.5 提出用ファイルの出力」で出力された以外のファイル（一時保存状態のファイル）を提出することのないよう、ご注意ください。

なお、毎月1-14日は、受付できませんのでご注意ください。



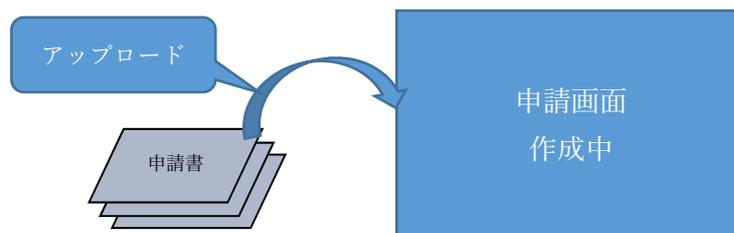
2.6.2 「WEB 申請受付システム」による申請書等の提出（エクセルファイル）

2.6.2.1 利用者登録

国保連ホームページよりリンクされる本事業専用の「WEB 申請受付システム」にアクセスし、メールアドレスを登録して、仮パスワードが送付された後、利用者登録を行ってください。

2.6.2.2 申請書等のファイル提出（エクセルファイル）

「WEB 申請受付システム」にアクセスし、「2.5 提出用ファイルの出力」にて出力された提出用のファイルを取り込んでください。「2.5 提出用ファイルの出力」で出力された以外のファイル（一時保存状態のファイル）を提出することのないよう、ご注意ください。



2.6.3 電子媒体（CD-R等）による申請書等の提出（エクセルファイル）

インターネット環境がない場合、「2.5 提出用ファイルの出力」にて出力された提出用のファイルを、CD-R等の電子媒体に格納し、鳥取県の国保連に郵送してください。申請書等の受付期間は、毎月15日から月末までの間（必着）となります（毎月1-14日は、受付できませんのでご注意ください。）。「2.5 提出用ファイルの出力」で出力された以外のファイル（一時保存状態のファイル）を提出することのないよう、ご注意ください。

電子媒体（CD-R等）で国保連に郵送する際には、以下に注意してください。

- ・診療報酬請求のファイルとは、必ず別々の電子媒体（CD-R等）で提出してください。
- ・電子媒体（CD-R等）に、油性マジック等で「医療従事者慰労金交付事業」と記載した上で、「医療機関等コード」と「医療機関等名」を記載してください。
- ・送付用の封筒の表面に「緊急包括支援交付金申請書 在中」と朱書きするなどしてください。



2.7 紙媒体での申請書等の記載・提出方法

「オンライン請求システム」や「WEB申請受付システム」、「電子媒体（CD-R等）」による申請ができない医療機関等は、紙媒体の申請書等での申請となります。

2.7.1 申請書等の記載（紙媒体）

紙媒体で申請をされる医療機関等は、「様式第1号」「様式第2号」「様式第5号別紙」「様式第6号」を記載する必要があります。「2.3 申請書等の入力・記載」により、「様式第1号」「様式第2号」「様式第5号別紙」「様式第6号」を記載ください。

2.7.2 申請書等の提出（紙媒体）

記載した「様式第1号」「様式第2号」「様式第5号別紙」「様式第6号」を同封して、鳥取県の国保連に郵送してください。申請受付期間は、毎月15日から月末までの間（必着）となります。

送付用の封筒の表面に「緊急包括支援交付金申請書 在中」と朱書きするなどしてください。

「緊急包括支援交付金
申請書」 在中

3 慰労金等の給付決定

国保連に提出された申請書等について、県において内容を確認します。慰労金等の給付決定が行われた場合、県から、医療機関等に給付決定通知が送付されます。

4 医療機関等への慰労金等の振込み

医療機関等への慰労金等の振込みは、原則として、国保連から行われます。国保連から医療機関等に振込通知を送付した上で、診療報酬の振込用に登録されている医療機関等の口座に慰労金等が振り込まれます。

他方、国保連に登録されている医療機関等の口座が債権譲渡されている場合など、国保連から振込みを行えない医療機関等については、県において、「様式第1号 医療機関等情報」に記載された口座に慰労金等の振込みを行います。

なお、医療機関等への慰労金等の振込みは、最速で、国保連における申請書等の受付の翌月下旬となる予定です。

5 医療従事者等への慰労金の給付の実施

慰労金が県から振り込まれた医療機関等は、医療従事者等に慰労金の給付を行ってください。給付は銀行振込みでも現金による給付でも差し支えありませんが、本慰労金は非課税の給付となりますので、給付にあたっては、誤って源泉徴収することのないよう、十分注意してください。

※ 慰労金は、所得税法の非課税規定に基づき、非課税所得に該当します。また、令和2年度特別定額給付金等に係る差押禁止等に関する法律に基づき、受給権につて、譲り渡し、担保に供し、又は差し押さえることが禁止され、支給を受けた金銭についても、差し押さえることが禁止されています。

また、慰労金の給付が終了した後、医療機関等は、県に対して、慰労金の給付実績を報告いただくことになっています。実績報告にあたっては、委託会社等の医療従事者等を含めて医療従事者等一人一人に申請額と同額の慰労金の給付が行われていることが確認できる書類、要した振込手数料が確認できる書類（※）が必要になりますので、慰労金の給付を行うにあたっては、実績報告に添付する書類の準備に留意いただくようお願いします。

※ 銀行口座への振込みの場合のファームバンキングの振込記録、現金での受け渡しの際の自署又は押印された受領簿など

6 実績報告書の提出

医療機関等は、委託会社等の医療従事者等を含めて、医療従事者等への慰労金の給付が終わった後、おおむね 1 か月程度のうちに、県に対して、慰労金の給付実績をご報告ください。様式第 7 号及び様式第 8 号の実績報告書について、委託会社等の医療従事者等を含めて医療従事者等一人一人に申請額と同額の慰労金の給付が行われていることが確認できる書類、要した振込手数料が確認できる書類（※）を添えて、県に提出してください。

※ 銀行口座への振込みの場合のファームバンキングの振込記録、現金での受け渡しの際の自署又は押印された受領簿など

7 問い合わせ先

○ 厚生労働省医政局 新型コロナ緊急包括支援交付金コールセンター

電話番号：0120-786-577 （平日 9：30～18：00）

○ 鳥取県の問合せ先・実績報告等の書類提出先

鳥取県福祉保健部健康医療局健康政策課（医療従事者等の慰労金担当）

〒680-8570 鳥取県鳥取市東町 1 - 2 2 0

電話番号：0857-26-7958 FAX 番号：0857-26-8143 （平日 8：30～17:15）

E-mail：kenkouseisaku@pref.tottori.lg.jp

○ 国保連の「オンライン請求システム」や「WEB申請受付システム」など、医療機関等の申請時のシステムに関する問合せ先

鳥取県国民健康保険団体連合会 審査課管理担当

電話番号：0857-20-3685 （平日 8：30～17：15）

別紙

医療機関等コード；都道府県番号一覧

都道府県	コード	都道府県	コード	都道府県	コード
北海道	01	石川県	17	岡山県	33
青森県	02	福井県	18	広島県	34
岩手県	03	山梨県	19	山口県	35
宮城県	04	長野県	20	徳島県	36
秋田県	05	岐阜県	21	香川県	37
山形県	06	静岡県	22	愛媛県	38
福島県	07	愛知県	23	高知県	39
茨城県	08	三重県	24	福岡県	40
栃木県	09	滋賀県	25	佐賀県	41
群馬県	10	京都府	26	長崎県	42
埼玉県	11	大阪府	27	熊本県	43
千葉県	12	兵庫県	28	大分県	44
東京都	13	奈良県	29	宮崎県	45
神奈川県	14	和歌山県	30	鹿児島県	46
新潟県	15	鳥取県	31	沖縄県	47
富山県	16	島根県	32		

医療機関等コード；点数表番号一覧

点数表	コード
医科	1
歯科	3
調剤	4
訪問看護	6