

【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4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4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				

(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。

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 令和4年4月1日から令和4年9月30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。
- 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。
- 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。
- 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4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	0	支店名	0
預貯金種別	0	口座番号	0
(ふりがな) 口座名	0		
郵便番号 住所	0		
交付申請 交付請求	令和年月日		

補助事業者名

0

代表者名

0

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4年4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△△

令和4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乘せ補償保
険加入支援事業補

標記について、次

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。

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

黄色セル部分に記載をお願いいたします。

(別紙) 令和4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乘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	4	年	4	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	〇〇病院			番号	1234567890	
	代表者名	〇〇△△					
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 労災給付上乘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
	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
	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
						5	その他看護補助者等
労災給付上乘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		
		〇〇生命			コロナ休業補償		
6	保険の締結日	令和	4	年	4	月	1
7	保険の始期	令和	5	年	3	月	31
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方		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	東京都千代田区〇〇町〇番〇号		
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	〇〇部		氏名	厚労 太郎	
16	担当者のEメール	kourou@〇〇.jp					
17	補助金の振込先		金融機関名		支店名		
			〇〇銀行		△△支店		
			金融機関コード		支店コード		
			0123		012		
			口座名義		フリガナ		
			〇〇病院		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タイプ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
労災給付上乘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
労災給付上乘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注意ください。

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他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。

- 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。
- 労災給付上乘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。
- 所属人数ではなく、労災給付上乘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。
- 労災給付上乘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。
- 令和4年4月1日から令和4年9月30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。
- 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。
- 労災給付上乘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、労災給付上乘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。
- 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 #DIV/0! 円

【令和4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乘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	0	支店名	0
預貯金種別	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ください。		
(ふりがな) 口座名			
郵便番号 住所			
0			
交付申請 交付請求	令和年月日		

補助事業者名 0

代表者名 0

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4年4月1日

厚生労働大臣

補助事業番号

〇〇病院

〇〇△△

医療機関名、代表者名
を記載してください。

代表者氏名

令和4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
- 2 交付申請書(別紙)
- 3 添付書類

金 円

別紙記載の補助申請額と同額を記載して
ください。

黄色セル部分に記載をお願いいたします。

(別紙) 令和4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	4	年	4	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	〇〇病院			番号	1234567890	
	代表者名	〇〇△△					
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
	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
	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
					5		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							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		
	〇〇生命				コロナ休業補償		
6 保険の締結日	令和	4	年	4	月	1	日
7 保険の始期	令和	5	年	3	月	31	日
申請時に支払が完了している						いいえ	
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	東京都千代田区〇〇町〇番〇号		
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	〇〇部			氏名	厚労 太郎	
16 担当者のEメール	kourou@〇〇.jp						
17 補助金の振込先	金融機関名				支店名		
	〇〇銀行				△△支店		
	金融機関コード				支店コード		
	0123				012		
	口座名義				フリガナ		
	〇〇病院				マルマルビヨウイン		
	口座種別				口座番号		
普通				0000001			

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分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注意ください。

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他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。

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 令和4年4月1日から令和4年9月30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。
- 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。
- 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。
- 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

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

#DIV/0!

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4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乘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	0	支店名	0
預貯金種別			38
(ふりがな)口座名		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。	
郵便番号住所	0		
交付申請 交付請求			

補助事業者名

0

代表者名

0

医療機関名、代表者名を記載してください。

官 署 支 出 官

厚生労働省大臣官房会計課長 殿