

新型コロナウイルスワクチン接種業務に従事する際の収入に関する申立書

私の被扶養者が、今般の新型コロナウイルスワクチン接種業務へ従事することによる収入については、以下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。

【組合員記載欄】

申 立 年 月 日	令和 年 月 日		
組 合 員 証 記 号 番 号	記号	埼	番号
(フリガナ) 組 合 員 (申 請 者) 氏 名			
(フリガナ) 認 定 対 象 者 氏 名			
組 合 員 と の 続 柄			

【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 接種業務に従事する期間	令和 年 月 日	～ 令和 年 月 日
ワクチン接種業務へ従事する ことによる収入月額（見込）	円	

※以下のすべての項目に該当していることを確認し、チェックしてください。

<input type="checkbox"/>	1 対象となる認定対象者は、（ <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 [㊟] 、 <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ております。 [㊟] 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ください。
<input type="checkbox"/>	2 上記の収入額については、認定対象者が新型コロナウイルスワクチン接種業務へ従事したことによる収入額であることに相違ありません。

※ 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、認定対象者の収入を確認する際の添付書類として当組合へ提出する書類となります。

※ 上記申立書の記載内容により、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。