

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

公立学校共済組合三重支部長様

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
組合員等記号・番号		公立三重			
組合員 (申請者)	(フリガナ) 氏 名				
被扶養者 (対象者)	(フリガナ) 氏 名				

【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 従事した年月	R 年 月	R 年 月	R 年 月	R 年 月	R 年 月	R 年 月
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（実績額）	円	円	円	円	円	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"/> 看護師、 <input type="checkbox"/> 准看護師、 <input type="checkbox"/> 保健師、 <input type="checkbox"/> 助産師、 <input type="checkbox"/> 薬剤師、 <input type="checkbox"/> 救急救命士、 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師、 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師) 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。 (※ 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。					

(注1) 被扶養者の資格確認や認定区分変更の際、総収入が被扶養者の要件を超えるが、特例を適用すれば要件を満たす場合にご提出ください。

(注2) 別途雇用契約書等の確認書類を追加で求める場合があります。