

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、新型コロナウイルスワクチンの接種業務に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所得確認の特例」を適用していただくよう申し立てます。

【申請者記載欄】

		年	月	日提出
組合員 (申請者)	(フリガナ) 氏 名			
	組合員番号			
被扶養者	(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			
2024年1月～3月の間で新型コロナウイルスワクチン接種業務に従事した期間			
2024年1月～3月の間で新型コロナウイルスワクチン接種業務に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。			
☐	1 対象となる被扶養者は、（ ☐ 医師、 ☐ 歯科医師、 ☐ 薬剤師、 ☐ 看護師等（注）、 ☐ 診療放射線技師、 ☐ 臨床検査技師、 ☐ 臨床工学技師、 ☐ 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に従事しました。（注）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。）		
☐	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に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、組合員から組合員の所属する共済組合に提出する書類となります。

※ 適用期間は2024年1月～3月となります。

※ 記載内容の確認に当たって、別途、確認資料を求められる場合があります。

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、新型コロナウイルスワクチンの接種業務に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所得確認の特例」を適用していただくよう申し立てます。

【申請者記載欄】

2025 年 10 月 10 日提出		
組合員 (申請者)	(フリガナ) 氏 名	共済 太郎
	組合員番号	01234567
被扶養者	(フリガナ) 氏 名	共済 花子

【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	〒0000-0000 埼玉県さいたま市中央区新都心00-00		
事業所名称	共再商事		
事業主氏名	郵政 健		
電話番号	0000-0000-0000		
2024年1月～3月の間で新型コロナウイルスワクチン接種業務に従事した期間	1月～3月		
2024年1月～3月の間で新型コロナウイルスワクチン接種業務に従事したことによる収入額（実績額）	180,000 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。			
☒	1 対象となる被扶養者は、(☐ 医師、 ☐ 歯科医師、 ☐ 薬剤師、 ☒ 看護師等（注）、 ☐ 診療放射線技師、 ☐ 臨床検査技師、 ☐ 臨床工学技師、 ☐ 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に従事しました。（注）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。）		
☒	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に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、組合員から組合員の所属する共済組合に提出する書類となります。

※ 適用期間は2024年1月～3月となります。

※ 記載内容の確認に当たって、別途、確認資料を求められる場合があります。