

地区歯科医師会長 様

公益社団法人 東京都歯科医師会
会長 井 上 恵 司

公
印
略

日本歯科医師会「新型コロナウイルス感染被害見舞金」
給付対象期間及び申請期限の変更について

平素より本会会務運営に特段のご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

標記の件につきまして、日本歯科医師会より通知があり、日本歯科医師会「新型コロナウイルス感染被害見舞金」の給付対象期間及び申請期限が変更となりました。

つきましては、下記のとおり変更内容をご案内いたしますので、ご多忙のところ誠に恐縮ですが、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

【変更内容】

〔変更前〕

- 対象期間：**令和5年3月31日（金）**までに、COVID-19に感染し休診したもの
- 申請期限：**令和5年9月27日（水）** **東京都歯科医師会必着**



〔変更後〕

- 対象期間：**令和4年9月30日（金）**までに、COVID-19に感染し休診したもの
(令和4年9月30日をまたがる休診機関も対象とします)
- 申請期限：**令和5年3月28日（火）** **東京都歯科医師会必着**

〔別添〕

- ・「新型コロナウイルス感染被害見舞金(令和4年度時限措置)給付対象期間及び申請期限の変更のお知らせ」令和4年6月30日付・日歯発第419号
- ・「新型コロナウイルス感染被害見舞金申請書」

【給付要件に関する問合せ先】
公益社団法人日本歯科医師会
総務部 会計・厚生会員課
TEL 03-3262-9323

〔申請書提出先〕
〒102-8241 千代田区九段北 4-1-20-3F
公益社団法人東京都歯科医師会
医事処理・厚生課
TEL 03-3262-4193

日本歯科医師会 新型コロナウイルス感染被害見舞金 申請書

東京都歯科医師会 御中

【会員記入日】 令和 年 月 日

管理者名 (会員氏名)			
※上記会員籍のある診療所 診療所名			
診療所所在地	〒		
休業期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
休業の理由 ※該当箇所に✓印を記入。(複数記入可)	<input type="checkbox"/> 管理者が感染 <input type="checkbox"/> 勤務する歯科医師が感染 <input type="checkbox"/> 勤務するスタッフ (歯科衛生士、歯科技工士、歯科助手、受付等) が感染 (会員以外が感染による休業の場合、その人の氏名・職種) (氏名) _____ ・ (職種) _____		
送金先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所
	口座No.	(○印) 普通 当座	口座名義 フリガナ

注 ゆうちょ銀行口座へのお振込みには、ゆうちょ銀行口座の振込用「店名」「口座番号(7桁)」が必要となります。

※歯科医師やスタッフの診断書の複写を添付すること。

※見舞金の給付は、令和2年度時限措置から通算して原則、一会員歯科診療所あたり1回限りです。

※会員でない歯科医師やスタッフの感染の場合、給与明細書等により勤務実態を確認させていただく場合があります。

地区記入欄	(記入日) 令和 年 月 日
上記記載事項の正確なことを証明します。	
(地区名)	歯科医師会 会長 ㊟