厚生労働省発医政1012第４号
令　和　２　年　１０月　１２日

各都道府県知事　　殿

厚生労働事務次官
（公　印　省　略）

令和２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について

標記の補助金の交付については、令和２年９月１５日厚生労働省発医政第０９１５第１号本職通知の別添「令和２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交付要綱」（以下「交付要綱」という。）により行われているところであるが、今般、交付要綱の一部が別添新旧対照表のとおり改正され、令和２年４月１日から適用することとされたので通知する。

なお、貴職から貴管内の市区町村に対して通知するとともに、関係機関等に周知するようお願いする。

（別添）

〇令和２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について（令和２年９月 15 日厚生労働省医政 0915 第１号）の一部改正について　新旧対照表

（下線部分は改正部分）

改　　正　　後	改　　正　　前
別　添 令和２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交付要綱 １　（略） （交付の目的） ２　新型コロナウイルス感染症対応医療機関が加入する労災給付上乗せ補償保険（被用者の労災事故について政府労災保険の上乗せ補償等を行う保険）の保険料の一部を補助することにより、勤務する医療資格者等が新型コロナウイルス感染症に感染して休業等する場合に労災給付の上乗せ補償を行い、医療資格者等の収入面の不安等を解消して離職防止等につなげ、新型コロナウイルス感染症対応医療機関の運営の安定を図ることを目的とする。 （交付の対象） ３　この補助金は、（１）の新型コロナウイルス感染症対応医療機関が（２）の要件を満たす労災給付上乗せ補償保険に加入した場合に、当該医療機関等に勤務する（３）の医療資格者等に係る年間の保険料の一部を補助する。 （１）　新型コロナウイルス感染症対応医療機関	別　添 令和２年度新型コロナウイルス感染症対応医療機関給付上乗せ補償保険加入支援事業補助金交付要綱 １　（略） （交付の目的） ２　新型コロナウイルス感染症対応医療機関が加入する労災給付上乗せ補償保険（被用者の労災事故について政府労災保険の上乗せ補償等を行う保険）の保険料の一部を補助することにより、勤務する医療資格者が新型コロナウイルス感染症に感染して休業等する場合に労災給付の上乗せ補償を行い、医療資格者の収入面の不安等を解消して離職防止等につなげ、新型コロナウイルス感染症対応医療機関の運営の安定を図ることを目的とする。 （交付の対象） ３　この補助金は、（１）の新型コロナウイルス感染症対応医療機関が（２）の要件を満たす労災給付上乗せ補償保険に加入した場合に、当該医療機関に勤務する（３）の医療資格者に係る年間の保険料の一部を補助する。 （１）　新型コロナウイルス感染症対応医療機関

以下のいずれかに該当する保険医療機関等とする。 ①　重点医療機関、協力医療機関その他の都道府県が新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者の入院受入れを割り当てた医療機関 ②　都道府県から役割を設定された帰国者・接触者外来を設置する医療機関、都道府県、政令市及び特別区から役割を設定された地域外来・検査センター並びに都道府県から指定された発熱患者等の診療又は検査を行う医療機関（診療・検査医療機関（仮称）） 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の医療機関等の場合、補助対象は、当該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に係る年間の保険料の一部とする。） ④　都道府県、政令市及び特別区から役割を設定された地域外来・検査センターに出務する医療資格者等が勤務する医療機関等（④の医療機関等の場合、補助対象は、地域外来・検査センターに出務する医療資格者等に係る年間の保険料の一部とする。） （２）　（略） （３）　医療資格者等 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、栄養士若しくは精神保健福祉士の資格を有する者又は当該医療機関におい	以下のいずれかに該当する保険医療機関とする。 ①　重点医療機関、協力医療機関その他の都道府県が新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者の入院受入れを割り当てた医療機関 ②　都道府県から役割を設定された帰国者・接触者外来を設置する医療機関、都道府県、政令市及び特別区から役割を設定された地域外来・検査センター並びに都道府県から指定された発熱患者等の診療又は検査を行う医療機関（診療・検査医療機関（仮称）） 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が勤務する医療機関（③の医療機関の場合、補助対象は、当該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に係る年間の保険料の一部とする。） ④　都道府県、政令市及び特別区から役割を設定された地域外来・検査センターに出務する医療資格者が勤務する医療機関（④の医療機関の場合、補助対象は、地域外来・検査センターに出務する医療資格者に係る年間の保険料の一部とする。） （２）　（略） （３）　医療資格者 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、栄養士又は精神保健福祉士の資格を有する者とする。

て現に診療報酬による評価の対象となっている看護補助者等とする。 （交付額の算定方法） ４　この補助金の交付額は、次により算出するものとする。 ただし、算出された額に１，０００円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。 （１）　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に係る年間の保険料に２分の１を乗じた額と補助対象となる医療資格者等数に１，０００円を乗じた額とを比較して少ない方の額を選定する。ただし、剰余金を返還する保険契約の場合は、補助対象となる医療資格者等に係る年間の保険料から剰余金を控除した額に２分の１を乗じた額と補助対象となる医療資格者等数に１，０００円を乗じた額とを比較して少ない方の額を選定する。 （２）　（１）により選定された額と総事業費から寄付金その他の収入額を控除した額とを比較して少ない方の額を交付額とする。 ５～12　（略）	（交付額の算定方法） ４　この補助金の交付額は、次により算出するものとする。 ただし、算出された額に１，０００円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。 （１）　労災給付上乗せ補償保険の補助対象となる医療資格者に係る年間の保険料に２分の１を乗じた額と補助対象となる医療資格者数に１，０００円を乗じた額とを比較して少ない方の額を選定する。ただし、剰余金を返還する保険契約の場合は、補助対象となる医療資格者に係る年間の保険料から剰余金を控除した額に２分の１を乗じた額と補助対象となる医療資格者数に１，０００円を乗じた額とを比較して少ない方の額を選定する。 （２）　（１）により選定された額と総事業費から寄付金その他の収入額を控除した額とを比較して少ない方の額を交付額とする。 ５～12　（略）

（別添）

○令和２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について（令和２年９月 15 日厚生労働省医政 0915 第１号）の一部改正について　新旧対照表

（下線部分は改正部分）

改　正　後	改　正　前
第２号様式 厚生労働大臣　殿 補助事業者名 代表者氏名 令和２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 （略）	第２号様式 厚生労働大臣　殿 補助事業者名 代表者氏名 印 令和２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 （略）

第２号様式別紙

（別紙）令和２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							
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				総額のうち、4の医療資格者等以外の分			
9	医療資格者等分の保険料の総額×1/2（円）							
10	3の医療資格者等数×補助基準額(1人あたり1000円)（円）							
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）							
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。

2　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。

3　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。

3、4　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。

5　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。

6、7　令和2年4月1日から令和3年3月31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。

7　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　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。

12　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）

第２号様式別紙

（別紙）令和２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	医療機関の名称、医療機関番号及び代表者名		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	合計
4	３の医療資格者以外で保険に加入している者（事務職員、看護補助者等）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の医療資格者分				総額のうち、4の医療資格者以外の者分			
9	医療資格者分の保険料の総額×1/2（円）							
10	3の医療資格者数×補助基準額(1人あたり1000円)（円）							
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）							
13	医療機関の住所		郵便番号		住所			
14	医療機関の電話番号							
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。

2　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。

3、4　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。

5　労災給付上乗せ補償保険の保険証券・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。

6、7　令和2年4月1日から令和3年3月31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。

7　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。

12　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）

第３号様式

厚生労働大臣　殿

補助事業者名

代表者氏名

令和２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実績報告書

（略）

第３号様式

厚生労働大臣　殿

補助事業者名

代表者氏名

印

令和２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実績報告書

（略）

第３号様式別紙

（別紙）令和２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実績報告書

報告年月日		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							
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（a）			総額のうち、4の医療資格者等以外の者分				
	剰余金の額							
	うち、対象者分（b）			うち、非対象者分				
	対象者分の保険料（a−b）							
9	医療資格者等分の保険料の総額×1/2（円）							
10	3の医療資格者等数×補助基準額(1人あたり1000円)（円）							
11	8の保険料に対する寄付金、その他収入額（円）							
12	国庫補助所要額（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）							
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。

2　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。

3　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。

3、4　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。

5　労災給付上乗せ補償保険の保険証券又は契約書の写しを添付してください。

6、7　令和2年4月1日から令和3年3月31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。

7　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　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。

12　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）

第３号様式別紙

（別紙）令和２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事業実績報告書

報告年月日		令和		年		月		日
1	医療機関の名称、医療機関番号及び代表者名	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	合計
4	３の医療資格者以外で保険に加入している者（事務職員、看護補助者等）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
8	保険料の総額（円）							
	総額のうち、3の医療資格者分（a）			総額のうち、4の医療資格者以外の者分				
	剰余金の額							
	うち、対象者分（b）			うち、非対象者分				
	対象者分の保険料（a−b）							
9	医療資格者分の保険料の総額×1/2（円）							
10	3の医療資格者数×補助基準額(1人あたり1000円)（円）							
11	8の保険料に対する寄付金、その他収入額（円）							
12	国庫補助所要額（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）							
13	医療機関の住所	郵便番号		住所				
14	医療機関の電話番号							
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。

2　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。

3、4　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。

5　労災給付上乗せ補償保険の保険証券・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。

6、7　令和2年4月1日から令和3年3月31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。

12　３、４、8、11を入力すると、国庫補助所要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）

第４号様式

厚生労働大臣　殿

補助事業者名

代表者氏名

令和２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精算交付申請書

（略）

第４号様式

厚生労働大臣　殿

補助事業者名

代表者氏名

印

令和２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精算交付申請書

（略）

第４号様式別紙

（別紙）令和２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精算交付申請書

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							
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			総額のうち、4の医療資格者等以外の分				
9	医療資格者等分の保険料の総額×1/2（円）							
10	3の医療資格者等数×補助基準額(1人あたり1000円)（円）							
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）							
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。

2　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。

3　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。

3、4　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。

5　労災給付上乗せ補償保険の保険証券又は契約書の写しを添付してください。

6、7　令和2年4月1日から令和3年3月31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。

7　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　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。

12　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）

第４号様式別紙

（別紙）令和２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精算交付申請書

申請年月日		令和		年		月		日
1	医療機関の名称、医療機関番号及び代表者名	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	合計
4	３の医療資格者以外で保険に加入している者（事務職員、看護補助者等）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の医療資格者分			総額のうち、4の医療資格者以外の者分				
9	医療資格者分の保険料の総額×1/2（円）							
10	3の医療資格者数×補助基準額(1人あたり1000円)（円）							
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）							
13	医療機関の住所	郵便番号		住所				
14	医療機関の電話番号							
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。

2　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。

3、4　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。

5　労災給付上乗せ補償保険の保険証券・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。

6、7　令和2年4月1日から令和3年3月31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。

7　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。

12　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）

別　添

令和２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交付要綱

（通則）

１　令和２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については、予算の範囲内において交付するものとし、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律（昭和３０年法律第１７９号）、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律施行令（昭和３０年政令第２５５号。以下「適正化令」という。）及び厚生労働省所管補助金等交付規則（平成１２年厚生労働省令第６号）の規定によるほか、この交付要綱の定めるところによる。

（交付の目的）

２　新型コロナウイルス感染症対応医療機関が加入する労災給付上乗せ補償保険（被用者の労災事故について政府労災保険の上乗せ補償等を行う保険）の保険料の一部を補助することにより、勤務する医療資格者等が新型コロナウイルス感染症に感染して休業等する場合に労災給付の上乗せ補償を行い、医療資格者等の収入面の不安等を解消して離職防止等につなげ、新型コロナウイルス感染症対応医療機関の運営の安定を図ることを目的とする。

（交付の対象）

３　この補助金は、（１）の新型コロナウイルス感染症対応医療機関が（２）の要件を満たす労災給付上乗せ補償保険に加入した場合に、当該医療機関等に勤務する（３）の医療資格者等に係る年間の保険料の一部を補助する。

（１）　新型コロナウイルス感染症対応医療機関

以下のいずれかに該当する保険医療機関等とする。

①　重点医療機関、協力医療機関その他の都道府県が新型コロナウイルス感染症患者・疑い患者の入院受入れを割り当てた医療機関

②　都道府県から役割を設定された帰国者・接触者外来を設置する医療機関、都道府県、政令市及び特別区から役割を設定された地域外来・検査センター並びに都道府県から指定された発熱患者等の診療又は検査を

行う医療機関（診療・検査医療機関（仮称））

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の医療機関等の場合、補助対象は、当該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に係る年間の保険料の一部とする。）

④　都道府県、政令市及び特別区から役割を設定された地域外来・検査センターに出務する医療資格者等が勤務する医療機関等（④の医療機関等の場合、補助対象は、地域外来･検査センターに出務する医療資格者等に係る年間の保険料の一部とする。）

（２）　対象となる労災給付上乗せ補償保険

以下のアを満たす民間保険（ア及びイを満たすものを含む。）であって、令和２年４月１日から令和３年３月３１日までの間に、契約を締結し、契約の始期があるものとする。

ア　休業補償

被用者が業務において新型コロナウイルス感染症に罹患して休業し、労働基準監督署の労災認定を受けた場合に、労災給付の上乗せ補償を行う保険

イ　死亡補償又は障害補償

被用者が業務において新型コロナウイルス感染症に罹患して死亡し、又は障害が残り、労働基準監督署の労災認定を受けた場合に、死亡補償金又は障害補償金を給付する保険

（３）　医療資格者等

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、栄養士若しくは精神保健福祉士の資格を有する者又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看護補助者等とする。

（交付額の算定方法）

４　この補助金の交付額は、次により算出するものとする。

ただし、算出された額に１，０００円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。

（１）　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に係る年間の

保険料に２分の１を乗じた額と補助対象となる医療資格者等数に１，０００円を乗じた額とを比較して少ない方の額を選定する。ただし、剰余金を返還する保険契約の場合は、補助対象となる医療資格者等に係る年間の保険料から剰余金を控除した額に２分の１を乗じた額と補助対象となる医療資格者等数に１，０００円を乗じた額とを比較して少ない方の額を選定する。

（２）（１）により選定された額と総事業費から寄付金その他の収入額を控除した額とを比較して少ない方の額を交付額とする。

（補助金の概算払）

５　厚生労働大臣は、原則として支払うべき額を確定した後、補助事業者が提出する精算払請求書に基づいて支払を行う。この場合において、厚生労働大臣は、補助事業者から適法な精算払請求書を受理してから速やかにこれをしなければならない。

ただし、補助事業者が概算払による支払を要望する場合は、厚生労働大臣は補助事業者の資力、補助事業の内容及び事務の内容等を勘案し、真にやむを得ないと認めた場合には、これを財務大臣に協議し、承認が得られた場合には概算払をすることができる。

（交付の条件）

６　この補助金の交付の決定には、次の条件が付されるものとする。

（１）　事業の内容の変更（軽微な変更を除く。）をする場合には、厚生労働大臣の承認を受けなければならない。

（２）　事業を中止し、又は廃止する場合には、厚生労働大臣の承認を受けなければならない。

（３）　事業が予定の期間内に完了しない場合又は事業の遂行が困難となった場合には、速やかに厚生労働大臣に報告してその指示を受けなければならない。

（４）　補助金と事業に係る証拠書類等の管理については次によるものとする。

ア　補助事業者が地方公共団体の場合

補助金と事業に係る予算及び決算との関係を明らかにした第１号様式による調書を作成するとともに、事業に係る歳入及び歳出について証拠書類を整理し、かつ調書及び証拠書類を補助金の額の確定の日（事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、その承認を受けた日）の属する年度の終了後５年間保管しておかなければならない。

イ　補助事業者が地方公共団体以外の場合

事業に係る収入及び支出を明らかにした帳簿を備え、当該収入及び支出について証拠書類を整理し、かつ、当該帳簿等及び証拠書類を補助金の額の確定の日（事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、その承認を受けた日）の属する年度の終了後５年間保管しておかなければならない。

（５）　この補助金に係る補助金の交付と対象経費を重複して、他の補助金を受けてはならない。

（申請手続）

７　この補助金の交付の申請は、第２号様式による申請書に関係書類を添えて、厚生労働大臣が別に定める日までに厚生労働大臣に提出するものとする。

（変更申請手続）

８　この補助金の交付決定後の事情の変更により申請の内容を変更して追加交付申請等を行う場合には、７に定める申請手続に従い、厚生労働大臣が別に定める日までに行うものとする。

（交付決定までの標準的期間）

９　厚生労働大臣は、７又は８に定める申請書が到達した日から起算して原則として１か月以内に交付の決定（決定の変更を含む。）を行うものとする。

（実績報告）

10　この補助金の事業実績報告は、事業完了の日から起算して１か月を経過した日（６の（２）により事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、当該承認通知を受理した日から起算して１か月を経過した日）又は令和３年４月１０日のいずれか早い日までに第３号様式による報告書を厚生労働大臣に提出しなければならない。

なお、事業実績報告後に保険料の返還があった場合や当該保険の解約を行った場合には、第３号様式により速やかに厚生労働省に報告しなければならない。

（補助金の返還）

11　厚生労働大臣は、交付すべき補助金の額を確定した場合において、既にその額を超える補助金が交付されているときは、期限を定めて、その超える部分について国庫に返還することを命ずる。

（その他）

12　特別の事情により４、７、８及び10に定める算定方法、手続きによることができない場合には、あらかじめ厚生労働大臣の承認を受けてその定めるところによるものとする。

なお、この補助金について、精算交付申請を行う場合は、別途指示する期日までに、第４号様式による申請書を厚生労働大臣に提出して行うものとする。

第１号様式

年度　補助金調書

厚生労働省所管　　（事業者名）

国		地　方　公　共　団　体										備　考
予 算 科 目	交付決定額	歳入			歳出							
		科　目	予算現額	収入済額	科　目	予算現額	うち補助金相当額	支出済額	うち補助金相当額	翌年度繰越額	うち補助金相当額	
	円		円	円		円	円	円	円	円	円	
（項） （目）												

（作成要領）

１　「国」の「交付決定額」は、交付決定通知書の交付決定の額を記入すること。

２　「地方公共団体」の「科目」は、歳入にあっては、款、項、目、節を、歳出にあっては、款、項、目をそれぞれ記入すること。なお、歳出については、前記１の額に対応する経費の配分が、目の内訳に係るときは、当該経費の配分の目の内訳として記入すること。

３　「予算現額」は、歳入にあっては、当初予算額、補正予算額等の区分を、歳出にあっては、当初予算額、補正予算額、予備費支出額、流用増減額等の区分を明らかにすること。

４　「備考」は、参考となるべき事項を適宜記入すること。

５　補助事業等の地方公共団体の歳出予算額の繰越が行われた場合における翌年度に行われる当該補助事業等に係る補助金についての調書の作成は、本表に準じること。この場合において地方公共団体の収入の科目に「前年度繰越額」を掲げる場合は、その「予算現額」及び「収入済額」の数字下欄に交付金額を内書（　　）をもって附記すること。

第2号様式

令和　年　月　日

厚生労働大臣　殿

補助事業者名

代表者氏名

令和２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　　円

２　交付申請書（別紙）

３　添付書類

（別紙）令和２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							
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				総額のうち、4の医療資格者等以外の分			
9	医療資格者等分の保険料の総額×1/2（円）							
10	3の医療資格者等数×補助基準額(1人あたり1000円)（円）							
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）							
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。

2　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。

3　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。

3、4　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。

5　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。

6、7　令和2年4月1日から令和3年3月31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。

7　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　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。

12　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）

第３号様式

令和　年　月　日

厚生労働大臣　殿

補助事業者名

代表者氏名

令和２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実績報告書

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報告する。

１　国庫補助精算額　　金　　円

２　事業実績報告書（別紙）

３　添付書類

（別紙）令和２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実績報告書

報告年月日		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							
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（a）				総額のうち、4の医療資格者等以外の者分			
	剰余金の額							
	うち、対象者分（b）				うち、非対象者分			
	対象者分の保険料（a-b）							
9	医療資格者等分の保険料の総額×1/2（円）							
10	3の医療資格者等数×補助基準額(1人あたり1000円)（円）							
11	8の保険料に対する寄付金、その他収入額（円）							
12	国庫補助所要額（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）							
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。

2　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。

3　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。

3、4　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。

5　労災給付上乗せ補償保険の保険証券又は契約書の写しを添付してください。

6、7　令和2年4月1日から令和3年3月31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。

7　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　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。

12　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）

第４号様式

令和　年　月　日

厚生労働大臣　殿

補助事業者名

代表者氏名

令和２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精算交付申請書

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　　円

２　精算交付申請書（別紙）

３　添付書類

（別紙）令和２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精算交付申請書

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							
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				総額のうち、4の医療資格者等以外の分			
9	医療資格者等分の保険料の総額×1/2（円）							
10	3の医療資格者等数×補助基準額(1人あたり1000円)（円）							
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）							
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。

2　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。

3　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。

3、4　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。

5　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。

6、7　令和2年4月1日から令和3年3月31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。

7　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　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。

12　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）