

埼 歯 発 第 2 1 8 7 号

令 和 3 年 1 月 1 3 日

役員、郡市歯科医師会長各位

一般社団法人

埼玉県歯科医師会長 大島 修一

(公 印 省 略)

新型コロナウイルス感染症対応「日本歯科医師会休診補償制度」について

本会の運営につきましては、日頃格別の御協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、日本歯科医師会から別添1のとおり新型コロナウイルス感染症対応「日本歯科医師会休診補償制度」について通知がありました。

つきましては、所属会員へ御周知いただくとともに、郡市歯科医師会におかれましては、別添2のとおり「休診証明書」の発行について御協力いただきますよう、よろしくお願いいたします。

担 当 庶務課 塩入

電 話 0 4 8 (8 2 9) 2 3 2 3

F A X 0 4 8 (8 2 9) 2 3 7 6



日 歯 発 第 1 1 2 2 号
令 和 3 年 1 月 7 日
(厚生会員部門扱い)

都道府県歯科医師会会長 各位

公益社団法人 日本歯科医師会
会 長 堀 憲 郎
(公 印 省 略)

新型コロナウイルス感染症対応「日本歯科医師会休診補償制度」について

平素は本会会務運営に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、令和 2 年 12 月 17 日開催の第 23 回理事会において、新型コロナウイルス感染症対応としての「日本歯科医師会休診補償制度」の創設を決定いたしました。

本制度は、歯科診療所の会員や従業員が新型コロナウイルスに感染もしくは濃厚接触をした場合に、歯科診療所の休診を余儀なくされた際の収入減少や消毒費用等を補うものです。

本制度に関する詳細につきましては、別添のパンフレット及び日本歯科医師会ホームページ・メンバーズルームをご参照ください。

つきましては、本件についてご了知いただきたく、貴会管下の郡市区歯科医師会及び所属会員への周知方、並びに「休診証明書」の発行方について、何卒特段のご高配を賜りますようお願い申し上げます。

記

【申 込 期 間】別添パンフレットのとおりに。

【申込受付開始日】令和 3 年 1 月 15 日より

【申 込 方 法】申込専用 WEB ページ <https://jdakyushinhosho.dga.jp/form/3/> にアクセスして申込手続きを行ってください。スマートフォンで左記の QR コードからも申込手続きができます。また、WEB 以外での申込をご希望の方は、損害保険ジャパン・コールセンターまでご連絡いただき、FAX 申込一件書類の送付を依頼してください。



【問 合 せ 先】・損害保険ジャパン株式会社

日本歯科医師会休診補償制度コールセンター

(TEL050-3808-7859、受付時間：平日の午前 9 時から午後 5 時まで)

(Mail : knisshi@sompo-japan.co.jp)

・日本歯科医師会 会計・厚生会員課 厚生会員部門

(TEL03-3262-9323)

<別添>

・新型コロナウイルス感染症対応「日本歯科医師会休診補償制度」パンフレット



新型コロナウイルス感染症対応 『日本歯科医師会休診補償制度』

事業活動総合保険(ビジネスマスター・プラス)

会員や従業員が新型コロナウイルスに感染もしくは濃厚接触をした場合に、会員が開設または管理する歯科診療所が一時的に閉鎖を余儀なくされた時の喪失利益や、消毒、PCR検査費用等の感染症対策費用を補償する制度です。

4つのポイント

院長のみならず、歯科診療所に勤務する従業員が新型コロナウイルスに感染または濃厚接触したことで休診した場合に補償されます！

歯科診療所の休診に伴う喪失利益や、消毒費用・PCR検査費用・予約等変更対応費用など感染症対策費用が補償されます！

保険料は税務上損金(経費)であり、厚労省の「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」の対象です！

※申請時期が都道府県ごとに異なりますので、各自治体にご確認ください。

2019年度の年間収益が、ご選択いただいたプランごとの基準を満たしている場合、補償(保険)金の全額をお支払いします！

ご加入対象施設

●加入できる医療機関等

日本歯科医師会の会員が開設または管理する歯科診療所

★個人・法人ともに対象です。また、1法人で複数診療所がある場合、施設単位で任意加入可能です。

★この団体保険契約の契約者は「公益社団法人日本歯科医師会」、被保険者は「会員」です。

補償内容と補償(保険)金額

●補償内容

以下の3つの要件を満たした場合に、補償(保険)金をお支払いします。

- ① 会員が開設または管理する歯科診療所に勤務する方が、**新型コロナウイルスに感染、または濃厚接触すること。**
- ② ①に伴い、該当歯科診療所を**外部業者によって消毒すること。**
- ③ ①に伴い、所定の休診日を除いて、プランAの場合は2日連続、プランBは10日連続、**休診すること。**

★「感染」・「濃厚接触」は、都道府県・郡市区歯科医師会が発行する『休診証明書』によって確認します。

★「休診」とは、対象の歯科診療所が終日閉院することをいいます。

●補償(保険)金額

プランA：25万円 / プランB：120万円

★補償(保険)金のご請求は、保険期間中1回のみとなります。

★2019年度の医業収益・医業外収益・臨時収益の合計が、プランAでは年間1,000万円を下回る場合、プランBでは年間3,500万円を下回る場合には、上記補償(保険)金額が減額される可能性があります。

また、休診が補償される他の同様の保険契約にご加入の場合も、上記補償(保険)金額が減額される可能性があります。

1

補償内容(補償(保険)金額と保険料)

(保険期間 1 年、一括払)

	対象となる 歯科診療所	休診日数	補償(保険)金額 (※)	保険料／1 施設
プラン A	全ての 歯科診療所	連続 2 日以上 (所定の休診日を除く)	25 万円	12,000 円
プラン B	2019 年度の年間収益 3,500 万円以上 の歯科診療所	連続 10 日以上 (所定の休診日を除く)	120 万円	49,800 円
ご注意点	2019 年度の医業収益・医業外収益・臨時収益の合計が、プラン A は年間 1,000 万円を下回る場合、プラン B は年間 3,500 万円を下回る場合には、上記補償(保険)金額が減額される可能性があります。また、休診が補償される他の同様の保険契約にご加入の場合も、上記補償(保険)金額が減額される可能性があります。			

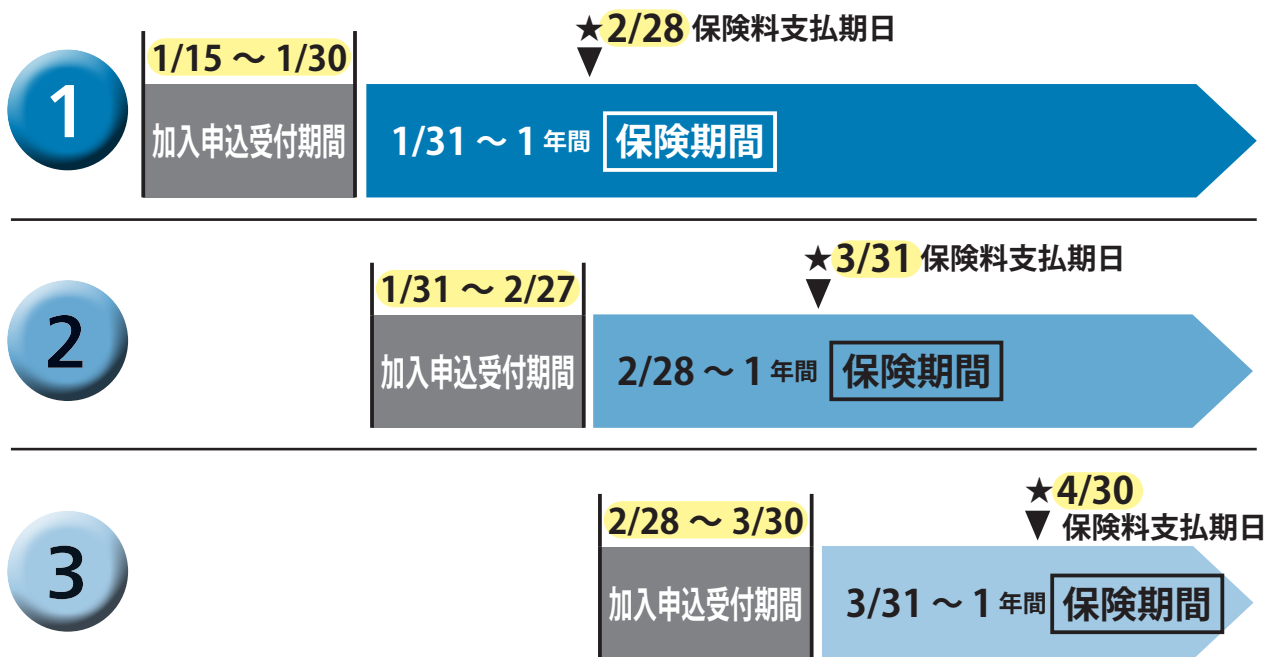
(※) 補償(保険)金のご請求は、保険期間中 1 回にかぎります。

2

保険期間と加入申込スケジュール

2021年

保険期間は、1 年間です。下記の 3 つよりお選びいただけます。
加入申込日によって、保険期間が異なります。



★保険期間の途中での加入はできません。また、保険期間の途中でのプラン変更もできません。

3

WEB 加入申込方法 ★ご連絡・お申込の受付開始は、2021 年 1 月 15 日です。

1 加入を希望する方は、WEB 申込サイトにて必要事項をご入力の上、お申込みください。

WEB でのお申込みができない方は、コールセンターへ電話、またはメールにて FAX 申込一件書類をご請求いただき、必要事項をご記入の上、お申込みください。



WEB 申込受付サイト

<https://jdakyushinhosho.dga.jp/form/3/>

・こちらにアクセスして、お申込手続きをお願いします。

・日本歯科医師会ホームページからもアクセスすることができます。



コールセンター

【電話】 050-3808-7859 【メール】 knisshi@sompo-japan.co.jp

【受付時間】 平日 9:00 ~ 17:00 (土日、祝日、年末年始は除きます。)

2 お申込みいただいた方には、申込受付から 3 営業日程度で、保険料をお支払いいただくための『払込用紙』を郵送します。 コンビニエンスストア、または郵便局・ゆうちょ銀行にて支払期日までにお支払いをお願いします。 ★保険料をお支払いいただくことで、お申込みが完了します。

4

補償(保険)金請求の流れ

1 お支払い要件を満たした場合には、専用の『事故報告用紙』を記入し、会員の皆さまから損保ジャパンへ FAX にてご報告ください。

2 以下の必要書類を損保ジャパンにご提出いただき、補償(保険)金をご請求いただきます。

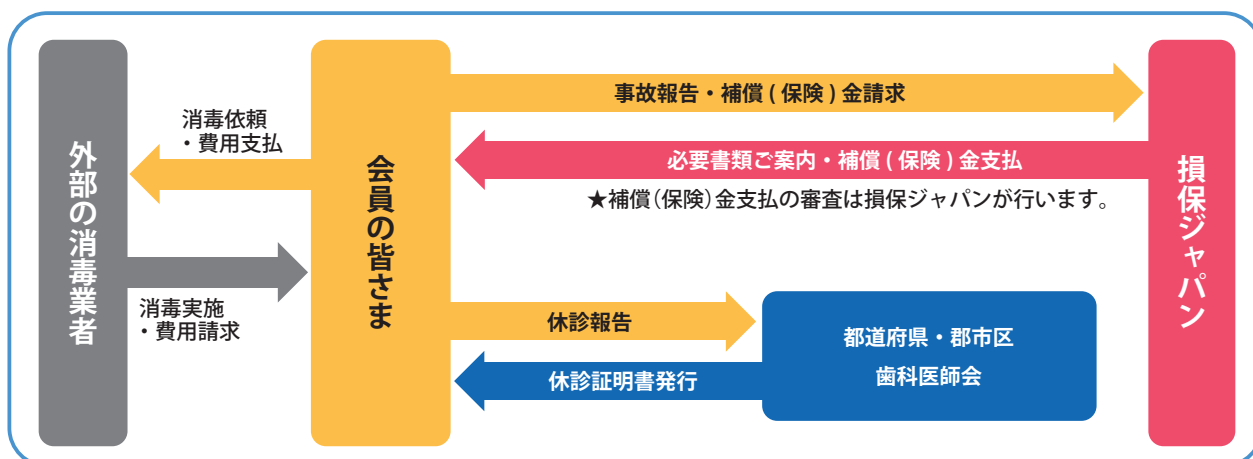
【補償(保険)金請求に必要な書類】

■補償(保険)金請求書 ※保険会社所定フォーム

■消毒費用の領収証、または請求書の写し

■都道府県・郡市区歯科医師会発行の休診証明書

☐ 2019 年度決算書類の写し(法人単位、個人事業主の場合は青色申告書)
※必要な場合のみ





Q & A

●制度の概要について

Q1 日本歯科医師会の会員以外でも加入できますか？

A できません。本制度は、日本歯科医師会の会員が加入することができます。

Q2 日本歯科医師会の会員が運営する歯科診療所以外の施設も対象になりますか？

A なりません。本制度は、日本歯科医師会の会員が開設または管理する歯科診療所が対象です。

Q3 保険料は厚労省の「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」の対象ですか？

A はい、対象です。申請時期・申請方法は各自治体にご確認ください。

Q4 同じ歯科診療所に2口以上加入できますか？

A できません。1 歯科診療所につき、1 口のみ加入可能です。

Q5 2019 年度の年間収益が 3,500 万円未満ですが、プランBに加入できますか？

A できません。誤って加入された場合、実際に事故が発生した時にお支払いする補償(保険)金が、減額される可能性があります。

●補償内容について

Q6 歯科診療所の消毒を自ら実施しても補償の対象になりますか？

A なりません。外部業者による新型コロナウイルス対応の消毒作業が必要です。

Q7 補償されるのは「新型コロナウイルス感染症」だけですか？

A はい、そうです。本制度は、新型コロナウイルスに感染または濃厚接触した場合のみ対象となります。

Q8 プランBに加入しました。所定の休診日を含めて10日休みましたが、補償されますか？

A 補償対象外となります。所定の休診日を除いて、連続10日以上休診された場合に補償されます。なお、プランBにご加入いただくことで、プランAも補償されるものではありません。

Q9 医師に新型コロナウイルスに感染したと診断されました。診断書を提出すればよいでしょうか？

A 本制度では、新型コロナウイルスの感染または濃厚接触は都道府県・郡市区歯科医師会が発行する『休診証明書』によって確認します。都道府県・郡市区歯科医師会へ『休診証明書』の発行を申請してください。

Q10 保険期間開始前に、従業員が新型コロナウイルスに感染して休診しました。補償されますか？

A 補償されません。本制度では、会員または従業員の方が新型コロナウイルス感染症に感染または濃厚接触をしたために、保険期間開始後にプランごとに定められた日数以上休診した場合に補償されます。なお、外部業者による対象施設の消毒作業が必要となります。

Q11 会員の家族が新型コロナウイルス感染症に感染しました。補償されますか？

A 会員の家族が対象の歯科診療所に勤務している場合には補償されます。

●加入手続き方法について

Q12 FAX 申込一件書類は、メールで依頼しても良いでしょうか？

A はい。なお、WEB 環境がある方は、専用の WEB 申込サイトからのお申込みをお勧めします。

Q13 保険料は分割で支払うことはできますか？

A できません。一括での支払いになります。

Q14 領収証は発行されますか？

A されません。払込受領証を保管いただくようお願いします。

Q15 加入者証は発行されますか？

A はい。WEB にてお申込みいただいた方には申込完了メールを送らせていただきますので、そのメール本文が加入者証となります。また、FAX 申込の方にはお申込完了後に郵送にて送らせていただきます。

Q16 WEB サイトで申込手続きを行いました。これで申込は完了ですか？

A いいえ。後日、お手元に届く「払込用紙」で保険料をお支払いいただくことで、お申込みが完了します。

Q17 複数の歯科診療所を開設しています。どのように加入すればよいでしょうか？

A 施設ごとにご加入申込をお願いします。

●加入後の手続きについて

Q18 加入後に日本歯科医師会を退会しました。解約が必要ですか？

A 都道府県・都市区歯科医師会へ退会の届出を行えば、保険の解約手続きは不要です。
なお、本制度は途中解約による保険料の返戻はありません。

Q19 加入後に歯科診療所を移転しました。手続きは必要ですか？

A 都道府県・都市区歯科医師会へ住所変更の届出を行えば、保険の変更手続きは不要です。

●保険金の請求方法について

Q20 補償対象の事由が発生した場合、どこに連絡すれば良いですか？

A 事故が起こった場合は、ただちに損保ジャパンへ事故報告書を FAX してお知らせください。
受付後、保険金請求に必要な書類をご案内します。WEB にてご加入の方には、ご登録いただいたメールアドレス宛にご案内します。FAX にてご加入の方には、歯科診療所宛に書類を送付させていただきます。
FAX 送信後、1 週間経過しても案内がない場合には、6 ページ記載の「専用コールセンター」にご連絡ください。

事故報告書 送信先
損害保険ジャパン株式会社 本店企業保険金サービス部 団体保険金サービス第一課
FAX : 03-3385-5500

事業活動総合保険(ビジネスマスター・プラス)のあらまし

保険金をお支払いする主な場合	保険金をお支払いできない主な場合
<p>■本保険は、事業活動総合保険普通保険約款、事業活動総合保険追加特約、休業損失等担保条項、新型コロナウイルス感染症補償特約（日本歯科医師会用）、保険料支払に関する特約（日本歯科医師会用）によって構成されています。</p> <div> <p>保険金をお支払いする主な場合</p> <p>本保険に加入した日本歯科医師会会員が開設または管理する歯科診療所が、会員または従業員が新型コロナウイルス感染症に感染または濃厚接触することで所定の日数以上閉鎖され、外部業者によって消毒作業が行われた場合に保険金をお支払いします。</p> </div>	<p>■この保険では、次に掲げる事由によって生じた損害、損失、費用または傷害に対しては保険金をお支払いできません。なお、ここには保険金をお支払いできない主な場合を記載しております。詳しくは普通保険約款・特約の「保険金を支払わない場合」の項目に記載されておりますので、ご参照ください。</p> <p>【共通】</p> <p>①ご契約者または記名被保険者の故意</p> <p>②戦争、外国の武力行使、革命、政権奪取、内乱、武装内乱その他これらに類似の事変または暴動</p> <p>③核燃料物質等の有害な特性による損害</p> <p>など</p> <p>【休業損失等担保条項】</p> <p>①ご契約者または記名被保険者の重大な過失または法令違反</p> <p>②国または公共機関による法令等の規制</p> <p>など</p> <p>【新型コロナウイルス感染症補償特約（日本歯科医師会用）】</p> <p>①脅迫または恐喝等の目的をもって行われる被保険者の営業に対する妨害行為</p> <p>②行政機関からの要請等による自主休業。ただし、実際に事故があった場合を除きます。</p> <p>など</p>

ご加入にあたってのご注意

■告知義務・告知事項（ご契約締結時における注意事項）

- (1) 保険契約者または記名被保険者の方には、保険契約締結の際、告知事項について、損保ジャパンに事実を正確に告げていただく義務（告知義務）があります。

<告知事項>

■ WEB 加入申込サイト入力項目、FAX 加入申込用紙の記載事項すべて

- (2) 保険契約締結の際、告知事項について、故意または重大な過失によって事実を告げなかった場合または事実と異なることを告げた場合には、ご契約が解除されたり、保険金をお支払いできないことがあります。

■通知義務・通知事項（ご契約締結後における注意事項）

- (1) 保険契約締結後、通知事項が発生する場合は損保ジャパンまでご通知ください。ただし、その事実がなくなった場合は、ご通知いただく必要はありません。

<通知事項>

■ WEB 加入申込サイト入力項目、FAX 加入申込用紙の記載事項の内容に変更を生じさせる事実が発生すること。(※)

(※) WEB 加入申込サイト入力項目、FAX 加入申込用紙等に記載された事実の内容に変更を生じさせる事実が発生した場合で、その事実の発生が記名被保険者に原因がある場合は、あらかじめ損保ジャパンまでご通知ください。その事実の発生が記名被保険者の原因でない場合は、その事実を知った後、遅滞なく損保ジャパンまでご通知が必要となります。(ただし、その事実がなくなった場合は、損保ジャパンまでご通知いただく必要はありません。)

- (2) ご通知やご通知に基づく追加保険料のお支払いがないまま事故が発生した場合、保険金をお支払いできないことや、ご契約が解除されることがあります。ただし、変更後の保険料が変更前の保険料より高くならなかったときを除きます。
- (3) 保険契約者または被保険者が暴力団関係者、その他の反社会的勢力に該当すると認められた場合などは、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがあります。

その他ご注意いただくこと

■この保険の保険期間（保険のご契約期間）は原則として1年間です。詳しくは損保ジャパンまでお問い合わせください。また、実際にご契約いただくお客さまの保険期間につきましては、WEB 加入申込サイト、FAX 加入申込用紙等にてご確認ください。

■保険責任は保険期間の初日の午後4時 WEB 加入申込サイト入力項目、FAX 加入申込用紙等またはセットされる特約にこれと異なる時刻が記載されている場合はその時刻）に始まり、末日の午後4時に終わります。

■実際にご契約いただくお客さまの保険料につきましては、WEB 加入申込サイト、FAX 加入申込用紙等にてご確認ください。

■ご契約を解約される場合には、損保ジャパンまでお申し出ください。解約の条件によっては、損保ジャパンの定めるところにより保険料を返還、または未払込保険料を請求させていただくことがあります。詳しくは、損保ジャパンまでお問い合わせください。

■引受保険会社が経営破綻した場合または引受保険会社の業務もしくは財産の状況に照らして事業の継続が困難となり、法令に定める手続きに基づき契約条件の変更が行われた場合は、ご契約時にお約束した保険金・解約返れい金等のお支払いが一定期間凍結されたり、金額が削減されることがあります。

■この保険については、ご契約者が個人、小規模法人（引受保険会社の経営破綻時に常時使用する従業員等の数が20名以下である法人をいいます。）またはマンション管理組合（以下あわせて「個人等」といいます。）である場合にかぎり、損害保険契約者保護機構の補償対象となります。補償対象となる保険契約については、引受保険会社が経営破綻した場合は、保険金・解約返れい金等の8割まで（ただし、破綻時から3か月までに発生した事故による保険金は全額）が補償されます。なお、ご契約者が個人等以外の保険契約であっても、その被保険者である個人等がその保険料を実質的に負担すべきこととされているもののうち、当該被保険者にかかる部分については、上記補償の対象となります。損害保険契約者保護機構の詳細につきましては、損保ジャパンまでお問い合わせください。

■加入者証は大切に保管してください。なお、ご加入の日から1か月を経過しても加入者証が届かない場合は、損保ジャパンまでお問い合わせください。

■この保険は営業または事業のための保険契約であり、クーリングオフ（ご契約申込みの撤回）の対象とはなりません。

万一事故にあわれたら

- 事故が起こった場合は、遅滞なく損保ジャパンまでご連絡ください。遅滞なくご通知いただけなかった場合は、保険金の全額または一部をお支払いできないことがありますので、ご注意ください。
- 補償（保険）金のご請求にあたっては、以下の書類のうち損保ジャパンが求めるものを提出していただきます。

必要となる書類	
①	補償（保険）金請求書 ※保険会社所定フォーム
②	消毒費用の領収証、または請求書の写し
③	都道府県・郡市区歯科医師会発行の休診証明書
④	2019 年度決算書類の写し（法人単位、個人事業主の場合は青色申告書）※必要な場合のみ

（注）事故の内容および損害の額等に応じ、前記以外の書類もしくは証拠の提出または調査等にご協力いただくことがあります。

- 前記の書類をご提出いただいた日からその日を含めて 30 日以内に、損保ジャパンが保険金を支払うために必要な事項の確認を終え、保険金をお支払いします。ただし、特別な照会または調査等が必要な場合は、損保ジャパンは、確認が必要な事項およびその確認を終えるべき時期を通知し、お支払までの期間を延長することがあります。詳しい内容につきましては、損保ジャパンまでお問い合わせください。

●事故が起こった場合の連絡先

事故が起こった場合は、ただちに損保ジャパンへ事故報告書を FAX してお知らせください。

【事故報告書 送信先】

損害保険ジャパン株式会社
本店企業保険金サービス部 団体保険金サービス第一課
FAX：03-3385-5500

【コールセンター】

【電話】050-3808-7859

受付時間：平日の午前 9 時から午後 5 時まで
（土日、祝日、年末年始は除きます。）

問い合わせ先

引受保険会社



損害保険ジャパン株式会社

医療・福祉開発部 第一課

〒160-8338 東京都新宿区西新宿 1-26-1

Tel. 03-3349-5113

（受付時間：平日の午前 9 時から午後 5 時まで）

●専用コールセンター

【電話】050-3808-7859

受付時間：平日の午前 9 時から午後 5 時まで
（土日、祝日、年末年始は除きます。）

【メール】knisshi@sompo-japan.co.jp

メールでもご連絡いただけます。

■保険会社との間で問題を解決できない場合（指定紛争解決機関）

損保ジャパンは、保険業法に基づく金融庁長官の指定を受けた指定紛争解決機関である一般社団法人日本損害保険協会と手続実施基本契約を締結しています。損保ジャパンとの間で問題を解決できない場合は、一般社団法人日本損害保険協会に解決の申し立てを行うことができます。

窓口：一般社団法人日本損害保険協会「そんぽADRセンター」〔ナビダイヤル〕0570-022808 <通話料有料>

受付時間：平日の午前 9 時 15 分～午後 5 時（土・日・祝日・年末年始は休業）

詳しくは、一般社団法人日本損害保険協会のホームページをご覧ください。（<https://www.sompo.or.jp/>）

■個人情報の取扱いについて

- 保険契約者（団体）は、本契約に関する個人情報を、損保ジャパンに提供します。
 - 損保ジャパンは、本契約に関する個人情報を、本契約の履行、損害保険等損保ジャパンの取り扱う商品・各種サービスの案内・提供、等を行うために取得・利用し、その他業務上必要とする範囲で、業務委託先、再保険会社、等（外国にある事業者を含みます。）に提供等を行う場合があります。また、契約の安定的な運用を図るために、加入者および被保険者の保険金請求情報等を契約者に対して提供することがあります。なお、保健医療等のセンシティブ情報（要配慮個人情報を含みます。）の利用目的は、法令等に従い、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。個人情報の取扱いに関する詳細（国外在住者の個人情報を含みます。）については損保ジャパン公式ウェブサイト（<https://www.sompo-japan.co.jp/>）をご覧ください。損保ジャパンまでお問い合わせ願います。
- 申込人（加入者）および被保険者は、これらの個人情報の取扱いに同意のうえご加入ください。

- このパンフレットは概要を説明したものです。詳細につきましては、ご契約者である団体の代表者の方にお渡ししております約款等に記載しています。必要に応じて、団体までご請求いただくか、損保ジャパン公式ウェブサイト（<https://www.sompo-japan.co.jp/>）でご参照ください（ご契約内容が異なっていたり、公式ウェブサイトに約款・ご契約のしおりを掲載していない商品もあります。）。ご不明点等がある場合には、損保ジャパンまでお問い合わせください。

- ご契約者と被保険者（保険の補償を受けられる方）が異なる場合は、被保険者となる方にもこのパンフレットに記載した内容をお伝えください。

承認番号：SJ20-12341 承認年月日：2021/01/07

○損保ジャパンは、本契約に関する個人情報を、本契約の履行、損害保険等損保ジャパンの取り扱い商品・各種サービスの案内・提供、等を行うために取得・利用し、その他業務上必要とする範囲で、業務委託先、再保険会社、等（外国にある事業者を含みます）に提供等を行う場合があります。また、契約の安定的な運用を図るために、加入者および被保険者の保険金請求情報等を契約者に対して提供することがあります。なお、保険医療等のセンシティブ情報（要配慮個人情報を含みます。）の利用目的は、法令等に従い、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。個人情報の取扱いに関する詳細（国外在住者の個人情報を含みます。）については損保ジャパン公式ウェブサイト（<https://www.sompo-japan.co.jp/>）をご覧ください。ご加入ください。ご加入後、損保ジャパンまでお問い合わせをお願いします。



事 務 連 絡
令和2年12月22日
(厚生会員部門扱い)

都道府県歯科医師会 御中

公益社団法人 日本歯科医師会

新型コロナウイルス感染症対応「日本歯科医師会休診補償制度」の
「休診証明書」の発行にあたって (お願い)

平素は格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、令和3年1月15日募集開始予定の新型コロナウイルス感染症対応「日本歯科医師会休診補償制度」は、歯科診療所の会員や従業員が新型コロナウイルスに感染もしくは濃厚接触し、歯科診療所の休診を余儀なくされ、外部業者による消毒を実施し、所属の都道府県歯科医師会長及び郡市区歯科医師会長による休診証明書が発行された場合に補償金を受け取ることができます。

そこで、貴会はじめ貴会管下の郡市区歯科医師会におかれましては、補償金の支払い審査を簡素化するため、「休診証明書」の発行方について特段のご協力をお願いいたしたく、同証明書発行の要領を下記のとおりご案内いたします。

記

1. 様式は「休診証明申請書兼休診証明書」をご使用ください。
2. 会員氏名、会員番号、診療所名、診療所所在地、休診期間、休診日数、休診事由は、請求者の会員による自署、捺印をお願いします。なお、休診日数欄に記載いただく「所定の休診日」は日付をご記入ください。
3. 休診日数は所定の休診日は含みません。
4. 請求される会員は所属の郡市区歯科医師会に提出いただき、郡市区歯科医師会におかれましては休診証明書の発行にあたって、当該会員より次の提示を受けてください。
 - 感染の場合は、新型コロナウイルス感染を示す診断書や就業制限通知書の提示を受けて、休診期間及び休診日数の確認をお願いします。
 - 濃厚接触の場合は、濃厚接触したことによって所轄保健所へ相談した事実（保健所名、担当者名、相談日時）を示す記録の提示を受けて、休診期間及び休診日数の確認をお願いします。
5. 郡市区歯科医師会におかれましては、上記4を確認の上、郡市区名を記入の上、会長印を捺印し、都道府県歯科医師会に提出してください。
6. 都道府県歯科医師会におかれましては、都道府県名を記入、会長印を捺印の上、発行日を記入し、当該会員へ送付してください。



休診証明申請書兼休診証明書

※裏面に申請にあたってのお願いを記載しています。

(フリガナ) 会員氏名	印
日本歯科医師会 会員番号	
診療所名	
診療所所在地	
休診期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
休診日数 (所定の休診日を除く)	日間 (所定の休診日：)
休診事由 (該当の□にレ印を 入れてください。)	① <input type="checkbox"/> 会員が、 <input type="checkbox"/> 従業員が、 ② <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルスに感染したため。 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染者と濃厚接触したため。

上記のとおり証明致します。

発行日：令和 年 月 日

発行者： 郡市区歯科医師会会長 印

都道府県歯科医師会会長 印

休診補償制度の保険金を請求される方へ

休診証明申請にあたってのお願い

会員氏名、会員番号、休診となった診療所名、診療所所在地、休診期間、休診日数、休診事由は、請求者でいらっしゃる会員の方による自署、捺印をお願いします。

【感染の場合】

新型コロナウイルス感染を示す診断書や就業制限通知書等をご所属の郡市区歯科医師会に提示の上、申請してください。

【濃厚接触の場合】

濃厚接触したことによって所轄保健所へ相談した事実（保健所名、担当者名、相談日時）を示す記録をご所属の郡市区歯科医師会に提示の上、申請してください。

公益社団法人 日本歯科医師会