

埼 歯 発 第 8 2 号  
令和 3 年 4 月 1 5 日

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被害見舞金について

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のとおり新型コロナウイルス感染被害見舞金について通知がありました。

つきましては、給付要件を満たす場合には、令和 4 年 3 月 25 日(金)までに別紙申請書に必要事項を御記入・御捺印の上、診断書の複写を添付し、本会宛に御提出いただきますよう、所属会員への御周知をお願いいたします。

担 当 総務課 大熊  
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 5 0 2 号  
令 和 3 年 3 月 2 6 日  
(厚生会員部門扱い)

都道府県歯科医師会 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被害見舞金について

平素は本会会務運営にご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、新型コロナウイルスの三度にわたる感染拡大による影響、及び現在のワクチン接種状況等を踏まえ、令和3年3月25日開催の第27回理事会において、会員歯科診療所の歯科医師やスタッフが感染し休業を余儀なくされた場合を対象とし、令和3年度の時限措置として、令和2年度に引き続き、標記見舞金を給付することを決定いたしました。

つきましては、申請要領を下記のとおりご案内いたしますので、貴会所属の本会会員への周知および申請手続きについてご高配を賜りますようお願い申し上げます。

記

【給付要件】会員歯科診療所の歯科医師やスタッフが新型コロナウイルスに感染し、休業を余儀なくされた場合

【見舞額】20万円

【申請手続】会員歯科診療所の属する都道府県歯科医師会が、別添「新型コロナウイルス感染被害見舞金申請書」に必要事項を記載の上、当該歯科診療所の歯科医師やスタッフの新型コロナウイルス感染陽性を示す診断書の複写を添付し、本会に提出ください。

【審査・送金】本会理事会の審査・承認を経て、当該都道府県歯科医師会に送金します。

【申請期限】申請書の提出期限は令和4年3月31日まで本会必着とします。

<別添>

・新型コロナウイルス感染被害見舞金申請書（令和3年度版）

# 【別紙】

令和4年3月25日（金）締切

（会員→埼玉県歯科医師会）

## 新型コロナウイルス感染被害見舞金 申請書

令和 年 月 日

埼玉県歯科医師会 御中

所属都市会 歯科医師会 第 支部  
氏 名 印

|                                                                             |                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 診療所名                                                                        |                                                                                                                                           |
| 診療所住所                                                                       | 〒                                                                                                                                         |
| 休業期間                                                                        | 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日                                                                                                                       |
| 休業の理由<br>注1:該当箇所に✓印を記入<br>(複数記入可)<br>注2:勤務するスタッフにつ<br>いては、該当職種を○<br>印で囲むこと。 | <input type="checkbox"/> 管理者が感染<br><input type="checkbox"/> 勤務する歯科医師が感染<br><input type="checkbox"/> 勤務するスタッフ（歯科衛生士、歯科技工士、<br>歯科助手、受付等）が感染 |

※感染陽性を示す診断書の複写を添付の上、御提出ください。