日 歯 発 第 １ ４ ８ １ 号
令 和 ４ 年 ２ 月 ２ ５ 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感染症のオミクロン株の急速な感染拡大等を踏まえ、令和 4 年 2 月 24 日開催の第 10 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に、令和４年度の時限措置として、昨年度に引き続き、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とします。ただし、多くの会員歯科診療所を支援するため、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回限りとします。

【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】令和 5 年 3 月 31 日を跨る休診期間も対象とし、申請書の本会受付期限は、入院及び療養期間並びに郵便事情等を考慮し、令和 5 年 9 月 30 日消印まで有効とします。

＜別添＞

・新型コロナウイルス感染被害見舞金申請書（令和 4 年度時限措置様式）

新型コロナウイルス感染被害見舞金 申請書

日本歯科医師会 御中

＿＿＿＿＿＿＿＿歯科医師会　　㊞

【申請日】 令和　　年　　月　　日

診療所名	
住　　所	
管理者名 （会員氏名）	（会員番号：　　－　　－　　）
休診期間	令和　年　　月　　日 ～ 令和　年　　月　　日
休診の理由 注１：該当箇所に✓印を記入。（複数記入可） 注２：勤務するスタッフについては、該当職種を〇印で囲むこと。	□ 管理者が感染 □ 勤務する歯科医師が感染 □ 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

注１）歯科医師やスタッフの診断書の複写を添付すること。

注２）令和４年度（令和４年４月１日～同５年３月 31 日）の時限措置とする。ただし、令和５年３月 31 日を跨る休診期間も対象とする。

注３）見舞金申請書の日本歯科医師会受付期限は、入院及び療養期間並びに郵便事情等を考慮し、令和５年９月 30 日消印まで有効とする。

注４）多くの会員歯科診療所を支援するため、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回限りとする。

日歯記入欄		日歯受理印	

（令和４年度時限措置様式）

日 歯 発 第 ４ １ ９ 号
令 和 ４ 年 ６ 月 ３ ０ 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 9 月 30 日までの休診を対象
申請期限は令和 5 年 3 月 31 日まで

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感染症については、ワクチン接種が進み、重症者数は減少傾向であることから、政府の対応状況等も変化しております。厚生労働省通知により、歯科医療従事者が濃厚接触者となった場合でも、状況により自宅待機期間が解除され、診療に従事できる状況となりました。

また、本会の監査法人及び嘱託弁護士からは「時限措置であった見舞金給付を継続的に行うことは特別利益供与となる可能性がある」との助言があったところです。

このようなことから標記見舞金について、公益社団法人としてのガバナンス上の責任も踏まえて議論を重ね、本日開催の第 16 回理事会において、給付対象期間を令和 4 年 9 月 30 日、申請期限を令和 5 年 3 月 31 日までとすることを決定いたしました。

つきましては、見舞金の申請要領について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

【対象期間(終了日)】令和 4 年 9 月 30 日までの休診を対象とし、令和 4 年 9 月 30 日を跨る休診期間も対象とします。

【申　請　期　限】見舞金申請書の本会受付期限は、入院及び療養期間並びに郵便事情等を考慮し、上記の対象期間の休診に限り、令和 5 年 3 月 31 日消印まで有効とします。

＜別添＞
・新型コロナウイルス感染被害見舞金申請書（令和 4 年度改訂様式）

新型コロナウイルス感染被害見舞金 申請書

日本歯科医師会 御中

＿＿＿＿＿＿＿＿歯科医師会　　㊞

【申請日】 令和　　年　　月　　日

診療所名	
住　　所	
管理者名 （会員氏名）	（会員番号：　　－　　－　　）
休診期間	令和　年　　月　　日 ～ 令和　年　　月　　日
休診の理由 注１：該当箇所に✓印を記入。（複数記入可） 注２：勤務するスタッフについては、該当職種を○印で囲むこと。	□ 管理者が感染 □ 勤務する歯科医師が感染 □ 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

注１）歯科医師やスタッフの診断書の複写を添付すること。

注２）令和 4 年 9 月 30 日までの時限措置とする。ただし、令和 4 年 9 月 30 日を跨る休診期間も対象とする。

注３）見舞金申請書の日本歯科医師会受付期限は、入院及び療養期間並びに郵便事情等を考慮し、令和 5 年 3 月 31 日消印まで有効とする。

注４）多くの会員歯科診療所を支援するため、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回限りとする。

日歯記入欄		日歯受理印	

（令和 4 年度改訂様式）