

宮医発第 1759 号
令和 3 年 1 月 15 日

郡 市 医 師 会 長 殿

公益社団法人 宮 城 県 医 師 会
会 長 佐 藤 和 宏
(公 印 省 略)

日本医師会休業補償制度における保証金請求時の休業証明の取扱いについて

本会活動の推進には、日頃より格段のご指導ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

今般、標記の件について、日本医師会より別添のとおり通知がありました。

本件は、日本医師会休業補償制度における保証金請求時の休業証明の取扱いについてお知らせするものです。

本制度の補償金請求に必要な休業証明は下記 URL からダウンロードすることができます。また、本件に関する幹事保険会社の問合せ窓口は以下の通りとなっております。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご承知おきいただきますとともに、貴会会員等へのご周知方について、ご高配賜りますようよろしくお願い申し上げます。

1 . 休業証明 (日本医師会ホームページ)

https://www.med.or.jp/dl-med/kansen/novel_corona/kyugyo/k_certificate.pdf

2 . 本件に関する問合せ窓口

幹事保険会社：東京海上日動火災保険 医療・福祉法人部 法人第一課

(担当) 河合・堀・矢野 TEL : 03-3515-4143 Mail : jmabi2020@tmnf.jp

担当：総務部総務課

Tel 022-227-1591

Fax022-266-1480

(地 460)

令和 3 年 1 月 5 日

都道府県医師会

担 当 理 事 殿

公益社団法人日本医師会 副会長

今 村



日本医師会休業補償制度における補償金請求時の休業証明の取扱いについて

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

令和 2 年 1 2 月に創設いたしました新型コロナウイルス感染症対応「日本医師会休業補償制度」のご周知をいただきまして誠にありがとうございます。全国から 6,000 を超える施設のお申込みをいただいております。ご案内のとおり、令和 3 年 2 月から 1 1 ヶ月間の中途加入申込を受付けておりますので、引き続きよろしくお願ひ申し上げます。

さて、本制度の補償金請求に必要な休業証明を別紙のとおり作成いたしました。加入医療機関が補償金請求時に保険会社へ提出する書類のひとつであり、都道府県医師会または郡市区医師会からの確認が必要となります。なお、休業証明は日本医師会ホームページよりダウンロードすることができ、また、本件に関する幹事保険会社問合せ窓口を下記のとおりお知らせいたします。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただくとともに、誠に恐れ入りますが、貴会管下の郡市区医師会へ周知方につきご高配を賜りますようよろしくお願ひ申し上げます。

記

1. 休業証明（日本医師会ホームページ）

https://www.med.or.jp/dl-med/kansen/novel_corona/kyugyo/k_certificate.pdf

2. 本件に関する問合せ窓口

幹事保険会社：東京海上日動火災保険 医療・福祉法人部 法人第一課

（担当）河合・堀・矢野

TEL : 03-3515-4143 Mail : jmabi2020@tmnf.jp

休業証明書

医療施設名		
住所	〒 -	
代表者名		
閉院等 ^(*) の理由 ※該当箇所に✓をご記入ください (両者を選択する場合は、それぞれに✓を ご記入ください)	発生事由	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染者・ <input type="checkbox"/> 濃厚接触者 が発生
	対象者	<input type="checkbox"/> 対象者は当該医療施設の職員である
閉院等の開始日	年 月 日	

(*) 休診日を含む連続7日（7 営業日ではない）以上の閉院もしくは外来を全面閉鎖すること

上記の通り、当該医療施設が休診日を含む連続7日（7 営業日ではない）以上の閉院もしくは外来を全面閉鎖したことを証明します。

年 月 日

【記入例】休業証明書

医療施設名	日医クリニック	
住所	〒 113 - 8621 東京都文京区本駒込 2-28-16	
代表者名	日医 太郎	
閉院等 ^(*) の理由 ※該当箇所に✓をご記入ください (両者を選択する場合は、それぞれに✓を ご記入ください)	発生事由	<input checked="" type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染者・ <input checked="" type="checkbox"/> 濃厚接触者 が発生
	対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 対象者は当該医療施設の職員である
閉院等の開始日	2021年●月●日	

(*) 休診日を含む連続7日(7営業日ではない)以上の閉院もしくは外来を全面閉鎖すること

上記の通り、当該医療施設が休診日を含む連続7日(7営業日ではない)以上の閉院もしくは外来を全面閉鎖したことを証明します。

2021年●月●日

●● 医師会

会長 ●● ●● (印)

※医師会の署名・捺印は、担当理事名または事務局長名でも結構です。

(参考) 都道府県別加入申込み状況

1月4日時点：6,882施設が加入

