

## ○委託職員等個人申請者に対する勤務証明について

委託・派遣業者の職員（以下、「委託職員等」という）は、医療機関と直接雇用関係にならないため、通常、医療機関単独で証明できる事項は限られます。

このため、医療機関と委託会社等が連携して証明を行うことが求められます。

証明が必要な事項	医療機関で証明可能	委託会社等で証明可能
委託職員等の氏名	×	○
委託職員等の勤務期間	×	○
委託業務の期間	○	○
委託業務の内容	○	○
委託業務が「患者と接し」かつ「継続して提供が必要な業務」に該当すること	○	×
委託業務の委託先会社名	○	○
医療機関の施設類型	○	×
医療機関でのコロナ患者受入日	○	×
受入日以降の勤務実績	×	○

## ○勤務証明書の発行パターン

前頁のことから、勤務証明書を発行するには、次の2つのパターンが考えられます。

### **(1) 医療機関から1枚の勤務証明書を発行する**

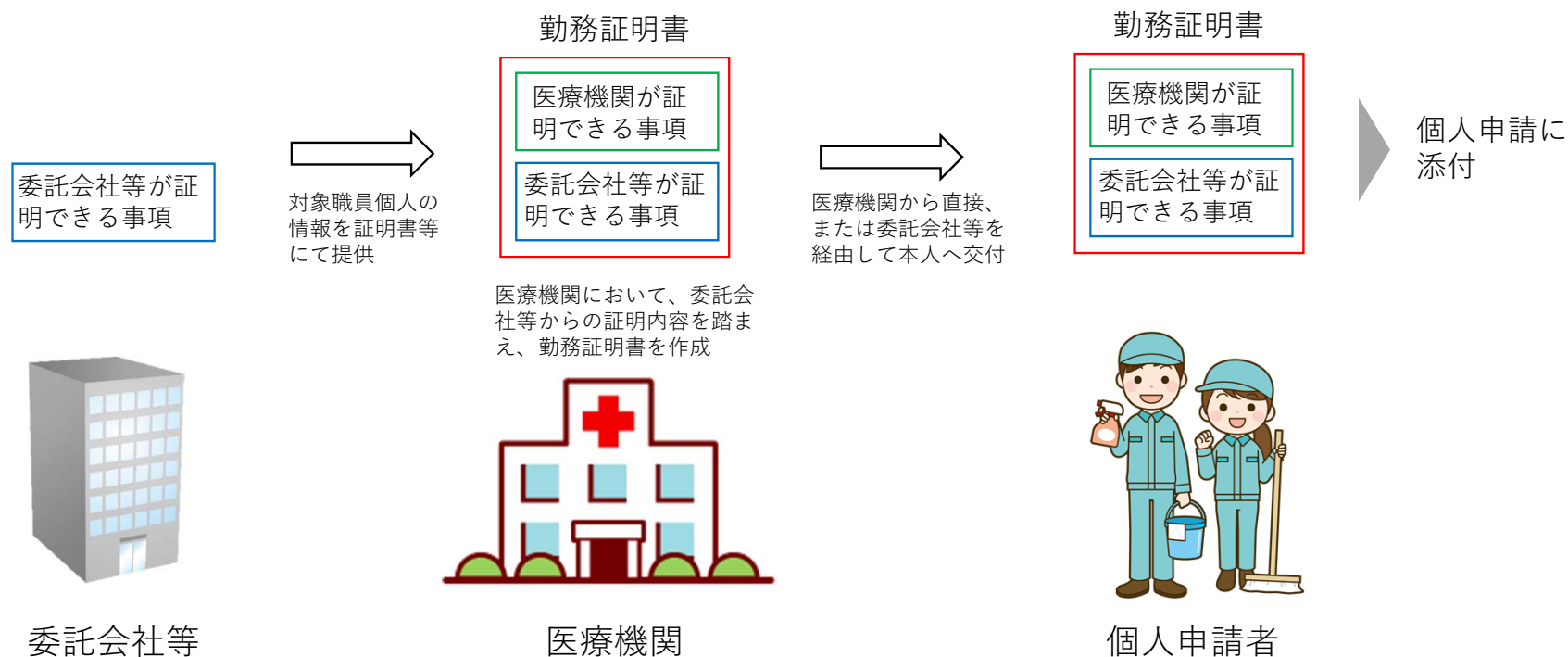
委託会社等が申請者個人に関する必要な情報を証明書等により医療機関へ提供し、その情報を含めて必要な証明事項を網羅した勤務証明書を医療機関が発行するもの。

### **(2) 医療機関と委託会社等が、それぞれで証明可能な事項を証明する勤務証明書を発行する**

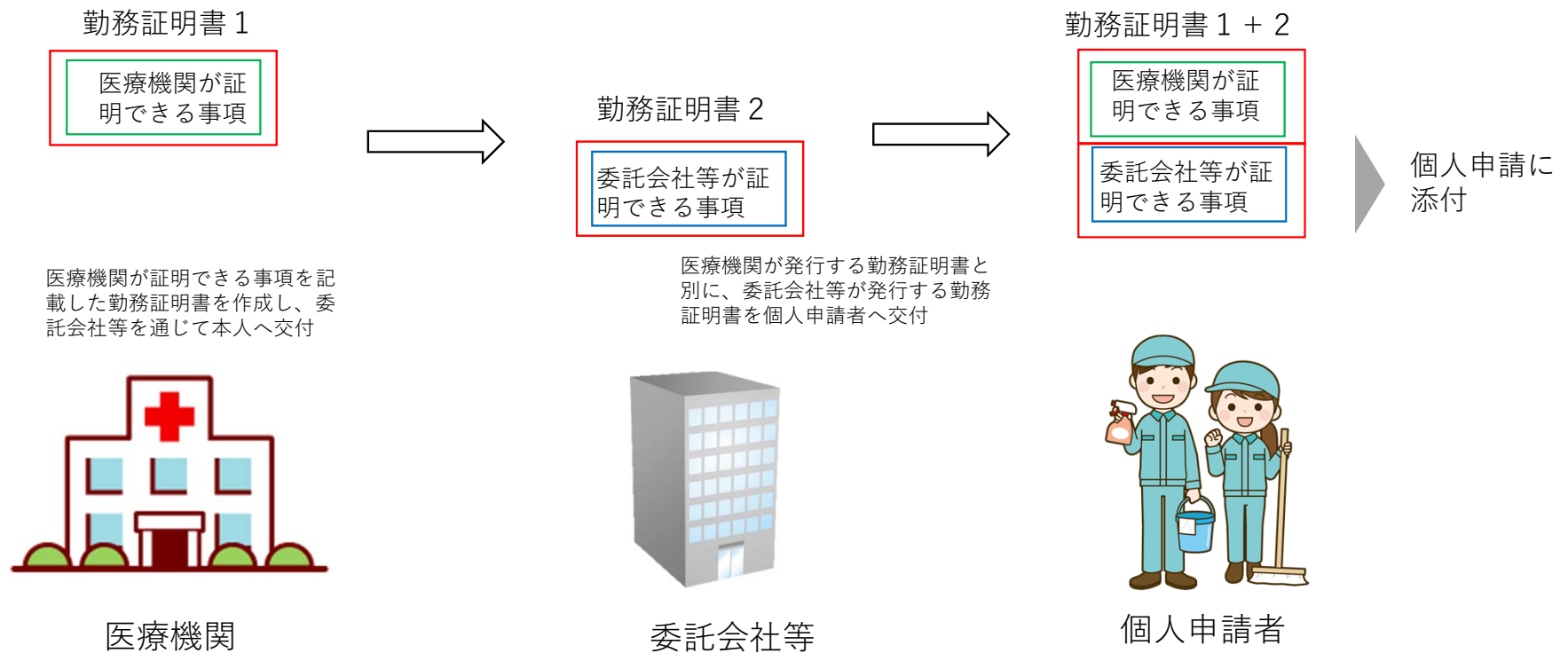
医療機関、委託会社等それぞれが証明可能な事項についての証明書を発行し、2枚の勤務証明書を合わせて申請者の勤務証明書とするもの。

# ○勤務証明書の発行フロー

## (1) 医療機関から1枚の勤務証明書を発行する場合



## (2) 医療機関、委託会社等それぞれが勤務証明書を発行する場合



# (1) 医療機関から1枚の勤務証明書を発行する場合

参考様式

令和2年×月××日

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における  
「新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金」給付に係る勤務証明

標記について、以下のとおり相違ないことを証明いたします。

記

- ① 職員氏名：
- ② 所属する会社名：
- ③ 業務内容：  
(当該業務は「患者との接触を伴い」かつ「継続して提供することが必要な業務」に該当します。)
- ④ 起点日から6月末までの勤務日数：
- ⑤ 新型コロナウイルス感染症患者1例目受入以降6月末までの勤務日数：
- ⑥ 施設類型：

※あくまでも参考様式です。  
すでに厚生労働省提示の参考様式を使用して作成されている場合は、それでも構いません。

医療機関名及び代表者名をご記入いただき、押印をお願いします。

- ① 証明対象職員氏名をご記入ください。
- ② 対象職員が所属する委託会社等をご記入ください。
- ③ 対象職員が従事していた業務内容をご記入ください。  
※慰労金の目的に照らし、「患者との接触を伴い」かつ「継続して提供することが必要な業務」に合致する状況下で勤務された方が対象となります。
- ③ 慰労金対象期間の勤務日数をご記入ください。  
※合計10日以上勤務されている方が対象となります。
- ④ 新型コロナウイルス感染症患者の受入実績がある場合は、1例目受入以降6月末までの勤務日数をご記入ください。  
新型コロナウイルス感染症患者の受入実績がない場合は、「受入実績なし」とご記入ください。
- ⑤ 施設類型をご記入ください。  
※ 1、新型コロナ受入医療機関 2、帰国者接触者外来  
3、地域外来検査センター 4、宿泊療養受入施設  
5、訪問看護ステーション 6、助産所 7、1～6以外の病院及び診療所

## (2) 医療機関、委託会社等それぞれが勤務証明書を発行する場合①

### ○勤務証明参考様式（医療機関用）

<small>参考様式</small>
<small>令和2年×月××日</small>
<div style="border: 2px solid red; width: 100px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div>
<small>令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援助交付金（医療分）における 「新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金」給付に係る勤務証明</small>
<small>標記について、以下のとおり相違ないことを証明いたします。</small>
<small>記</small>
<ul style="list-style-type: none"><li>① 委託会社名：</li><li>② 業務内容： <small>（当該業務は「患者との接触を伴い」かつ「継続して提供することが必要な業務」に該当します。）</small></li><li>③ 委託期間：</li><li>④ 施設類型：</li></ul>

※あくまでも参考様式です。

医療機関名及び代表者名をご記入いただき、押印をお願いします。

- ①委託会社名をご記入ください。
- ②委託されている業務内容をご記入ください。  
※慰労金の目的に照らし、「患者との接触を伴い」かつ「継続して提供することが必要な業務」に合致する状況下で勤務された方が対象となります。
- ③委託期間をご記入ください。
- ④施設類型をご記入ください。  
※ 1、新型コロナ受入医療機関 2、帰国者接触者外来  
3、地域外来検査センター 4、宿泊療養受入施設  
5、訪問看護ステーション 6、助産所 7、1～6以外の病院及び診療所

## (2) 医療機関、委託会社等それぞれが勤務証明書を発行する場合②

### ○勤務証明参考様式（委託会社等）

参考様式
令和2年×月××日
<div style="border: 1px solid red; width: 100px; height: 80px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">⑩</div>
令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における 「新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金」給付に係る勤務証明
標記について、以下のとおり相違ないことを証明いたします。
記
① 医療機関名： ② 職員氏名： ③ 業務内容： ④ 従事期間： ⑤ 起点日から6月末までの勤務日数： ⑥ 新型コロナウイルス感染症患者1例目受入以降6月末までの勤務実績の有無：

※あくまでも参考様式です。

← 会社名及び代表者名をご記入いただき、押印をお願いします。

- ①対象職員を派遣している医療機関名をご記入ください。
- ②対象職員の氏名をご記入ください。
- ③対象職員が従事していた業務内容をご記入ください。
- ④対象職員が当該医療機関で勤務していた期間をご記入ください。
- ⑤慰労金対象期間の勤務日数をご記入ください。  
※合計10日以上勤務されている方が対象となります。
- ⑥新型コロナウイルス感染症患者の受入実績がある医療機関で従事されていた場合は、1例目受入以降6月末までの勤務実績の有無をご記入ください。  
新型コロナウイルス感染症患者の受入実績がない医療機関で従事されていた場合は、「受入実績なし」とご記入ください。