

## 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。)	<input type="checkbox"/> 会員が、 <input type="checkbox"/> 従業員が、 新型コロナウイルスに感染したため。

上記のとおり証明いたします。

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。

郡市区歯科医師会会長印または都道府県歯科医師会会長印のいずれかの捺印をお願いします。

#### 【申請方法】

新型コロナウイルス感染を示す診断書、もしくは新型コロナウイルスに罹患したことが確認できる代替書類（※）をご所属の郡市区歯科医師会または都道府県歯科医師会に提示の上、申請してください。

（※）新型コロナウイルスに罹患したことが確認できる代替書類

- ・診療報酬明細書（傷病名の記載があるもの）
- ・医療機関等で実施されたPCR検査や抗原検査の結果がわかるもの
- ・新型コロナ治療薬が記載された処方箋・服用説明書
- ・PCR検査や抗原検査を実施する検査センター（医療機関以外でも可）の検査結果（市販の検査キットは除く）  
など

公益社団法人 日本歯科医師会