様式Ｂ

|  |
| --- |
| 新型コロナウイルス感染症対応　見舞金申請書＜　休業見舞金　・　死亡見舞金　＞ 　年 　月 　 日公益社団法人 日本看護協会長様氏　名　　　　　　　　　　 　印 下記のとおり申請いたします。 |
| 該当者 |   |
| 住所 | 〒 |
| 連絡先電話番号 |  |
| 勤務先 |  |
| 発病日 | 年 　　 月 　　日  |
| 「新型コロナウイルス感染症対応 医療従事者支援制度」を含む、他からの補償金は一切受けていません。今後、「新型コロナウイルス感染症対応 医療従事者支援制度」を含む、他からの補償金を受け取った場合には速やかに返金いたします。サイン（自　署）　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 備考 |

※必要書類添付のこと