

日医発第 257 号(地域)
令和 8 年 4 月 2 8 日

都道府県医師会

担 当 理 事 殿

公益社団法人日本医師会

常任理事 江 澤 和 彦

(公印省略)

【継続実施】 医師会立看護師等養成所の臨地実習時における
新型コロナウイルス感染症の検査費用の補助について

各医師会立看護師等養成所におかれましては、地域医療を支える看護職の養成にご尽力賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、新型コロナウイルス感染症は5類感染症に位置づけられましたが、看護実習においては引き続き検査を求められる実態もあることから、令和8年度においても検査費用の補助を継続することといたしました。

本会として実習前に検査の実施を推奨するものではなく、あくまでも実習施設からの求めにより実施した場合の対応であります。申請にあたっては、別添の注意事項等をご参照ください。

つきましては、貴会管下医師会立看護師等養成所への周知につき、ご高配のほどよろしく願いいたします。

なお、本補助事業につきましては、今年度で終了する予定であることを申し添えます。

臨地実習時の新型コロナウイルス感染症検査費用の補助について

■目的

看護学校等の臨地実習の円滑な受け入れのため、実習施設から新型コロナウイルス感染症の検査を求められた場合に検査費用の一部を補助します（実習前に検査の実施を推奨するものではありません）。

■補助対象者

- ・ 医師会立看護師等養成所（准看護師課程、看護師2年課程、看護師3年課程、助産師課程の他、看護職以外の医療関係職種の養成課程も対象とする）及び日本医師会認定医療秘書養成機関の学生で、臨地実習にあたって実習先から検査の実施を求められた者（学生に同行する教員も含まれます）。

■補助額

- ・ 1人あたり年間10,000円を上限とします。

注意事項

注1 抗原定性検査キットを学校でまとめて購入した場合も補助対象としますが、**購入分全てが補助対象となるわけではありません。1人上限1万円の範囲で、実際に使用した個数分の金額を申請してください。（※単純に生徒数×1万円が全体の上限となるわけではありません）**

【未使用分がある場合、当該領収証の余白部分に「単価、使用個数、使用分の金額」を記載してください。】

（計算例）単価1650円の場合

学生A 5個使用 → $1650 \times 5 = 8250$ 円 → 8250円補助
学生B 7個使用 → $1650 \times 7 = 11550$ 円 → 10000円補助

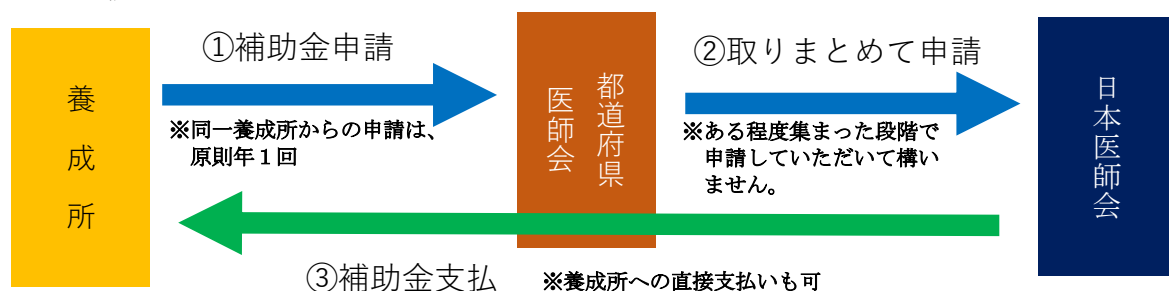
養成所計18250円補助
※「人数×1万円」が上限ではありません。

注2 1人1万円の上限を各学校で精査いただくため、**以下のような形での管理をお願いいたします。（日医への提出は任意ですが、検査状況を確認させていただく場合があります。）**

	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	...	合計	補助金申請額
学生A	1650	1650	1650	1650	1650		8250円	8250円
学生B	5500	5500	5500				16500円	10000円

注3 インフルエンザ・コロナ同時検査キットについては、無症状者の検査に適さないものと考えますが、実習施設の要請で同時検査キットを使用する場合は補助対象として認めます。

■申請手続き



■振込について

- ・ 郡市区医師会または養成所への直接振込も対応いたします。その場合、申請書は様式2をご使用ください。また、同一養成所からの申請は、原則年1回としてください。

■申請時の必要書類

- ① 都道府県医師会一括振込の場合 ⇒ 補助金申請書（様式1）及び養成所別人数管理表
郡市区医師会（養成所）個別振込の場合 ⇒ 補助金申請書（様式2）

- ② 領収証の写し

※②は検査にかかった証明としてご用意いただくものであり、保険適用の有無、検査の種類等は問いません（補助対象者が個人で立替えた分も要件を満たしていれば対象とします）。

振込のため領収証が提出できない場合は、請求書と振込記録をセットでご提出ください。

※書類はデータでお送りいただく形で構いませんが、個人情報を含むデータは、ファイルにパスワードをかけていただくなどご対応をお願いいたします。

■申請期間

- ・ 本日から令和9年3月23日（火）まで
（年度内の振り込みをご希望の場合は、3月9日（火）までに書類をお送りください）
- ・ 年度末は処理が混み合いますので、上限1万円に達した養成所分については、早めに申請いただきますようお願いいたします。
- ・ 3月実施分について、年度を超えての経理処理はいたしかねますので、上記の期間に間に合う範囲で申請していただきますようお願いいたします。

■本件に関する問合せ先：日本医師会地域医療課（西田、小貫）

TEL:03-3942-6137 / E-mail:chiiki_1@po.med.or.jp

令和 年 月 日

日本医師会 御中

都道府県医師会名：
(担当者名：)

看護実習時の新型コロナウイルス感染症検査費用補助金申請書

下記のとおり、医師会立看護師等養成所からの申請を確認の上、取りまとめました。貴会実施要領に基づき申請いたしますので、何卒よろしくお願い申し上げます。

■必要書類 (申請件数が多い場合は、毎月申請でも結構です。)

1. 検査受診人数

合計： 名 (実人数)

※ (別紙)「養成所別受診人数管理表」を記入の上、ご提出願います。

2. 領収証 (写し)

3. 補助金振込先

※都道府県医師会への振り込みで、日医に既に登録がある指定口座の場合は、下記項目は記入不要です。

(郡市区医師会・養成所への個別振込の場合は「様式2」をご使用ください)

銀行名	
銀行コード	
支店名	
支店番号	
種目	1. 普通 2. 当座
口座番号	
カナ	
口座名義	

都道府県医師会名：_____

養成所別受診人数管理表

No	養成所名	検査人数 (実人数)	領収証 合計額	補助金 申請額
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
合 計				

※補助金申請額は、1人あたり年間10,000円を上限とします。

単純に検査人数×10,000円が上限となるわけではありませんので、ご注意ください。

令和 年 月 日

日本医師会 御中

都道府県医師会名: _____

(担当者名: _____)

郡市区医師会名: _____

(担当者名: _____)

看護実習時の新型コロナウイルス感染症検査費用補助金申請書

個別振込用

下記のとおり、医師会立看護師等養成所からの申請を確認し、貴会実施要領に基づき申請いたしますので、何卒よろしくお願い申し上げます。

1. 養成所名【 _____ 】

2. 検査受診人数・補助金申請額等

検査人数 (実人数)	領収証の合計額	補助金申請額
人	円	円

※補助金申請額は、1人あたり年間10,000円を上限とします。

単純に検査人数×10,000円が上限となるわけではありませんので、ご注意ください。

3. 領収証(写し)を添付してください。

4. 補助金振込先

銀行名	
銀行コード	
支店名	
支店番号	
種 目	1. 普通 2. 当座
口座番号	
カナ	
口座名義	