



福岡医発第 2637 号 (総)

令和 6 年 1 月 19 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 蓮 澤 浩 明
(公印省略)

令和 6 年能登半島地震に対する医療支援について

令和 6 年 1 月 1 日に発生した能登半島地震につきまして、被災した医療機関及び地元医師会を支援するために、日本医師会より支援金の協力依頼がありました。

被災地への災害救援のため、各医師会及び会員に対しご協力をお願いするものであります。

支援金は善意によるものであり、あくまでも目標額ですが、会員一人あたり 10,000 円程度の額を想定しております。

つきましては、趣旨にご賛同いただき、会員並びに会員医療機関の従事者を含め何卒ご協力賜りますよう周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、

- 1) 支援金の送付方法は下記のとおりであり、各医師会でおとり纏め頂きますようお願い申し上げます。
- 2) 近年、全国的に災害が増加していることを鑑み、支援金総額と被災医療機関総数・被災状況等を確認の上、場合によっては今回の支援金の一部が今後の災害支援に向けた積み立てとなされる予定です。支援金の配賦については日本医師会から報告があり次第追ってご連絡いたします。

記

1. 支援金受付

銀 行 名：福岡銀行 筑紫通支店

口座番号：普通預金 №.1 6 7 2 8 7 1

口 座 名：福岡県医師会 災害支援金 会長 蓮澤浩明

※「福岡県医師会」のみの記載で送金可能です。

※手数料は各自ご負担願います。

2. 受付期間 令和 6 年 1 月 19 日～令和 6 年 2 月 20 日

※受付終了後、本会より取りまとめの上 日本医師会へ送金いたします。

3. 「令和 6 年能登半島地震医療支援金」の税法上の取扱いについて

別紙 1 をご確認の上、領収書が必要な方は、別紙 2 に必要事項を記入の上、日本医師会経理課宛に F A X (03-3946-6295) にてお送りください。

日医発第 1757 号(総務)(経理)
令和 6 年 1 月 1 1 日

都道府県医師会長 殿

公益社団法人 日本医師会
会長 松 本 吉 郎
(公印省略)

令和 6 年能登半島地震への医療支援について (お願い)

去る 1 月 1 日に発生した石川県能登地方を震源とするマグニチュード 7. 6 の地震で被災した医療機関及び地元医師会を支援するため、全国の医師会及び会員に対し支援金のお願いをすることにいたしました。

貴会におかれましては、本趣旨にご賛同いただき、貴会管下郡市区等医師会及び会員各位のご協力につきまして、ご高配賜りますようよろしくお願いいたします。

なお、近年、全国的に災害が増加していることに鑑み、お寄せいただいた支援金総額と被災医療機関の総数・被災状況等を確認のうえ、場合によっては、支援金の一部を今後の災害支援に向けた積み立てとさせていただきます。

追って、支援金の配賦については、改めてご報告いたします。

支援金の送付方法は、下記のとおりです。

記

1. 支援金受付

銀 行 名 : 三井住友銀行 神田支店

口座番号 : 普通預金 3 6 4 0 1 3 7

口 座 名 : 日本医師会能登半島地震医療支援金

フリガナ名 : ニホンイシカイノトハントウジ`シンイリョウシエンキン

＊ 手数料は各自ご負担願います。

＊ 税務上の取扱い (別紙 1 参照)

2. 受付期間 令和 6 年 1 月 1 1 日 ～ 2 月 2 9 日

3. 領収書について

領収書の発行をご希望される場合は、別紙 2「寄附金領収書発行依頼書」に必要事項をご記入のうえ、本会経理課へご送付ください。

「令和6年能登半島地震医療支援金」の税法上の取扱いについて

この度の支援金の税法上の取扱いにつきましては、「特定公益増進法人に対する寄附金」に該当いたします。

個人の方は寄附金の控除（所得控除又は税額控除）、法人（医療法人等）の方は「一般の寄附金」とは別枠で損金算入ができます。

なお、税法上の取扱いについて、詳しくは国税庁のホームページ若しくは管轄税務署等にお問い合わせください。

領収書が必要な方へはご希望に応じて発行いたしますので、別紙2「寄附金領収書発行依頼書」に必要事項をご記入の上、郵送・FAX・電子メールのいずれかの方法で日本医師会経理課までお送りください。

なお、領収書のお届けまでは、入金日から最大2か月程度かかる見込みとなりますのでご理解のほど宜しくお願いいたします。

(問い合わせ先)

日本医師会 経理課

電話：03-3942-6486（直通）

寄附金領収書発行依頼書

公益社団法人 日本医師会経理課 行

件名	令和 6 年能登半島地震医療支援金	
寄附金額	円	
寄附者名 お名前又は法人名 (領収書宛名)	(フリガナ)	
住 所 (領収書発行先)	(フリガナ) 〒 都・道・府・県 市・区・町・村	
連絡先	担当者名	
	電話番号	
備考		

振込情報 (入金確認のため)	
振込日	月 日
振込元の金融機関	
振込人名義	(寄附者名と振込人名義が異なる場合、 <u>必ず</u> ご記入下さい)

本紙を下記いずれかの方法にて日本医師会経理課宛にお送りください

郵送：〒113-8621 東京都文京区本駒込 2-28-16

FAX： 03-3946-6295 電子メール: keiri@po.med.or.jp

※領収書について

日付は支援金口座への入金日となり、送付は入金日から最大 2 か月程度かかる見込みです。
決算等で領収書発行をお急ぎの場合、上表の備考欄にその旨をご記入ください。

(地区医師会等で支援金をとりまとめの場合、地区医師会等からの入金日が領収書日付となり、送付は日本医師会への入金日から最大 2 か月程度かかる見込みです)

事務局記入欄		
受付日	月 日	備考
入金日	月 日	
領収書発行	月 日	