

# 新型コロナ 傷病手当金 医療機関受診及び労務休の状況 (被保険者記入用)

被保険者氏名	
--------	--

症状が出た日	令和 年 月 日	帰国者・接触者相談センター への相談日 ※相談した場合に記入	令和 年 月 日 ( 時頃) ・相談していない
①医療機関の受診状況		1. 受診した	2. 受診していない
①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日		令和 年 月 日	
		令和 年 月 日	
		令和 年 月 日	
①で「受診していない」と回答した場合) ③症状(期間などを具体的に)		・風邪の症状 ・37.5℃以上の発熱が4日以上続いている ・強いだるさ(倦怠感)や息苦しさ(呼吸困難)がある ・その他( )	
③療養のために 休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	④左記期間のうち、勤務ができなかった日数 ( 新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状が あり、感染が疑われる場合を含む)によらな い休暇や勤務予定がなかった日は除く。)	日 (3日以内の場合、傷病手当対象外)
⑤	上記の療養のために休んだ期間に 給与等の支払いを受けましたか。また は、今後受けられますか。	1. はい	2. いいえ ※「はい」の場合は⑥を記入
⑥	⑤で「はい」と回答した場合、その給 与等の額と、その報酬支払の対象と なった(なる)期間をご記入ください。	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	(給与等の額:円) □□□□□□□□

(本人 記入欄)

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記載欄について、事業主の証明が必要です。)

事業主記入欄	令和 年 月 日
	上記③～⑥の内容については、当事業所において把握している内容と相違ないことを証明しま
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名 <span style="float: right;">(印)</span>
担当者氏名	電話番号

(事業所 記入欄)