

※新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に係る傷病手当金を申請する際、新型コロナウイルスの関係で自宅療養を行っていた場合であって、やむを得ない理由により医療機関への受診を行わず、医師の意見書を添付できない場合に、この証明書を添付してください。

傷病手当金請求書 療養状況申立書 【新型コロナウイルス感染症 提出用】

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	—	被保険者の 生年月日	昭和・平成 年 月 日
	被保険者氏名	(印)		
	会社へ労務不能である旨 の連絡をした年月日	令和 年 月 日	会社への 連絡手段	メール・電話
	PCR検査・抗原検査実施の 有無について	1.PCR検査を受けた 2.抗原検査を受けた 3.受けていない	検査結果	陽性 ・ 陰性
			陽性判定日	令和 年 月 日
	保健所等への相談の 有無について	1.相談した *相談日、相談内容等を下記の療養状況欄に記載してください。 (保健所からの証明書またはHER-SYSの療養証明書で氏名、診断日、療養終了日等の詳細が分かる箇所の写しを添付してください) 2.相談していない →理由 ()		
	出勤しなかった全ての日について、下記に自覚症状や療養状況、会社や保健所との連絡等、詳細をご記入ください。			
	日付	体温	自覚症状	療養状況の詳細
	令和 年 月 日	℃	咳・倦怠感・なし・その他 ()	
	令和 年 月 日	℃	咳・倦怠感・なし・その他 ()	
令和 年 月 日	℃	咳・倦怠感・なし・その他 ()		
令和 年 月 日	℃	咳・倦怠感・なし・その他 ()		
令和 年 月 日	℃	咳・倦怠感・なし・その他 ()		
令和 年 月 日	℃	咳・倦怠感・なし・その他 ()		
令和 年 月 日	℃	咳・倦怠感・なし・その他 ()		
令和 年 月 日	℃	咳・倦怠感・なし・その他 ()		

*用紙が不足する時はコピーして使用してください。修正テープ等の使用不可。

【傷病手当金の請求対象】 (*下記のいずれかに当てはまる場合のみ可)

- 1.新型コロナウイルス感染症「陽性」の方
- 2.新型コロナウイルス感染症「陰性」で発熱等の症状のある方
(「陰性」で症状のない方は濃厚接触者であっても対象外)

所属事業所		確認印

大同健保