

新型コロナウイルスに係る療養状況申立書

被保険者・
事業主記入用

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、証明者名をご記入ください

また、**記入漏れがある場合は返戻をいたします**ので、記入漏れのないようご注意ください。

下記の日数にて自宅療養を行った日数を超えた場合は、適宜コピーのうえご提出ください。療養申請日すべての期間の記入が必要です。

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|------------|--|--------|--------|-----------------------------|-----------------------------|---|---|---|--|---------------------------------------|--------------------|----|
| 被保険者証の (右づめ) | 記号 □□□□ | 番号 □□□□□□□□ | 被保険者氏名 | | | | | | | | | | |
| 労務に服さなかった期間 | 令和 | 年 | 月 | 日 | ～ | 令和 | 年 | 月 | 日 | まで | 日数 | □□□□ | 日間 |
| 出勤しなかった日ごとに、発熱やその自覚症状はどうだったか、事業所にどのような連絡を行ったかなど詳しくご記入ください | | | | | | | | | | | | | |
| 療養状況申立内容 被保険者が出勤しなかった日の療養状況 | 経過 | 被保険者記入欄 | | | | | | | | 事業主確認欄 | | | |
| | 月 日 | 【体温】 | ℃ | 【自覚症状】 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ | <input type="checkbox"/> 左記の内容について確認済 | 【特記事項:被保険者とのやり取り等】 | |
| | | 【具体的な自覚症状】 | | | | | | | | | | | |
| | | 【事業所とのやり取り等】 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | | | | |
| | 月 日 | 【体温】 | ℃ | 【自覚症状】 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ | <input type="checkbox"/> 左記の内容について確認済 | 【特記事項:被保険者とのやり取り等】 | |
| | | 【具体的な自覚症状】 | | | | | | | | | | | |
| | | 【事業所とのやり取り等】 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | | | | |
| | 月 日 | 【体温】 | ℃ | 【自覚症状】 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ | <input type="checkbox"/> 左記の内容について確認済 | 【特記事項:被保険者とのやり取り等】 | |
| | | 【具体的な自覚症状】 | | | | | | | | | | | |
| | | 【事業所とのやり取り等】 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | | | | |
| | 月 日 | 【体温】 | ℃ | 【自覚症状】 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ | <input type="checkbox"/> 左記の内容について確認済 | 【特記事項:被保険者とのやり取り等】 | |
| | | 【具体的な自覚症状】 | | | | | | | | | | | |
| | | 【事業所とのやり取り等】 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | | | | |
| 感染拡大の予防措置として、一定の熱がある場合等に就業を禁止する措置をとっていますか？ <input type="checkbox"/> はい () 度以上) <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | | | | | | | | |
| この申請内容が正しいことを証明します。委任を受けた給付金の受領は、 貴健康保険組合との間で定められている方法で受け取ります。 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | (本件問合せに必要ですので、必ず記入してください) 本件問合せ連絡先 部署・担当者名 電話連絡先 | | | |
| ・この届出については、①又は②の要件を満たしたものです。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 事業所コード() | | | | | | | | | | | | | |