傷病手当金の申請において、新型コロナウイルスの関係で被保険者が発熱などの自覚症状があるために自宅待機を行っており、その期間において医師の意見書を添付できず、労務不能期間（一部含む）を証明できない場合には、保健所が交付する「就業制限通知書」及び「就業制限解除通知書」写しと併せてこの申立書を添付してください。

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願います。

☑ 医師が労務不能と認めていない期間

☑ 受診がなかった期間

上記の期間について、その間の療養状況などを以下に申し立てます。

記入日（令和　　年　　月　　日）

確認事項

被保険者証の（右づめ） 記号	番号	被保険者氏名

1 申請期間　令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日まで　日数　日間

2 医師の労務不能の証明を受けられない理由をご記入ください。

3 医療機関を受診できなかった（しなかった）理由をご記入ください。

4 保健所や帰国者・接触者相談センターに相談された内容をご記入ください。（相談日、相談内容をご記入ください）

事業主証明欄

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

・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（　　）

（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

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願います。

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。

療養状況申立内容

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

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】 □ あり □ なし 【具体的な自覚症状】 （　　） 【事業所とのやり取り等】 □ 電 話 □ メール □ その他（　　）	□ 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】
月　日	【体温】　℃ 【自覚症状】 □ あり □ なし 【具体的な自覚症状】 （　　） 【事業所とのやり取り等】 □ 電 話 □ メール □ その他（　　）	□ 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】
月　日	【体温】　℃ 【自覚症状】 □ あり □ なし 【具体的な自覚症状】 （　　） 【事業所とのやり取り等】 □ 電 話 □ メール □ その他（　　）	□ 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】
月　日	【体温】　℃ 【自覚症状】 □ あり □ なし 【具体的な自覚症状】 （　　） 【事業所とのやり取り等】 □ 電 話 □ メール □ その他（　　）	□ 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】

事業主証明欄

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？

□ はい （　　度以上） □ 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

・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（　　）

（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