

新型コロナウイルスに係る療養状況申立書

傷病手当金の請求において、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、労務不能期間を証明できない場合には、この申立書を添付してください。

<被保険者・事業主記入用>

1 枚目

2. この太枠欄の訂正は二重線で抹消し、訂正印を押印してください。
1. 記入は、消すことのできない筆記用具を使用してください。
(修正液・修正テープ等での訂正は認められません。)

被保険者記入欄	① 被保険者証	記号		番号		② 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 平成	
	③ 被保険者氏名	(フリガナ)										
出勤しなかった日毎に、発熱やその他の自覚症状はどうだったか、事業所(会社)にどのような連絡を行ったか等、詳しく記入ください。												
④ 被保険者出勤しなかった日の療養状況	被 保 険 者 記 入 欄						事 業 主 確 認 欄					
	<体温・自覚症状・事業所(会社)とのやりとり等記入>						<被保険者とのやりとり等記入>					
	月	日	(体温:)				<input type="checkbox"/> 左記の内容について確認済					
	月	日	(体温:)				<input type="checkbox"/> 左記の内容について確認済					
	月	日	(体温:)				<input type="checkbox"/> 左記の内容について確認済					
	月	日	(体温:)				<input type="checkbox"/> 左記の内容について確認済					
	月	日	(体温:)				<input type="checkbox"/> 左記の内容について確認済					
	月	日	(体温:)				<input type="checkbox"/> 左記の内容について確認済					
	月	日	(体温:)				<input type="checkbox"/> 左記の内容について確認済					
	月	日	(体温:)				<input type="checkbox"/> 左記の内容について確認済					
	月	日	(体温:)				<input type="checkbox"/> 左記の内容について確認済					
	月	日	(体温:)				<input type="checkbox"/> 左記の内容について確認済					

2. 1. 記入は、消すことのできない筆記用具を使用してください。
 この太枠欄の訂正は二重線で抹消し、訂正印を押印してください。
 (修正液・修正テープ等での訂正は認められません。)

事業主記載欄		感染拡大の予防措置として、一定の熱がある場合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	
⑦ 被保険者証	記号	番号	被保険者氏名		
⑧ 労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間				
⑨	⑧の期間で有給を取得した日(半日取得含む) ※具体的な日付を記入してください				取得実日数
					日
⑩	⑧の期間で出勤した日(リハビリ勤務含む) ※具体的な日付を記入してください				出勤実日数
					日
⑪	⑧の期間に係る報酬状況				
	報酬内容	1か月分	出勤日数分	月分	月分
	賃金支給額			円	円
	通勤手当	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円	円
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円	円
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円	円
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円	円
	計			円	円
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名					

※1 第1回目の請求時は、勤怠簿(写)を添付してください。

※2 2回目以降であっても、申請期間中に有休取得・出勤および請求期間が継続していない場合も添付してください。

事業主による確認欄 (必ずチェックをしてください)

確認欄	<input type="checkbox"/>	この届出について、①又は②の要件を満たしたものである。 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。
-----	--------------------------	---

本件問合せ連絡先	担当者名	
	TEL	

(必ず記入してください)

他に連絡事項があれば記入してください	
--------------------	--