

受診状況等申告書(申請者記入用)

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)								
①医療機関の受診状況		1. 受診した 2. 受診していない									
②医療機関の受診日 (①で「受診した」と回答した場合)		令和 年 月 日									
		令和 年 月 日									
		令和 年 月 日									
③症状(期間などを具体的に) (①で「受診していない」と回答した場合)											
③療養のために 休んだ期間	令和 年 月 日から	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を除く。)		日							
	令和 年 月 日まで										
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									
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	(給与等の額:円)								
		令和 年 月 日まで	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>								

(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、事実と相違ないことを証明します。			
	事業所所在地			
	事業所名称			
	事業主氏名			印
担当者氏名			電話番号	