

新型コロナウイルス感染症に関し、以下に該当するときはこの証明書を添付してください。

被保険者が発熱などの自覚症状があるために労務不能となり自宅療養を行っていたが、医療機関等を受診しておらず医師の意見書を添付できないとき、又は自覚症状は無いが検査の結果「陽性」と判定され医師の意見書を添付できないとき。

事業主が証明するところ	被保険者氏名		
	被保険者から労務不能である旨の連絡を受けた年月日	令和	年 月 日
	上記連絡を受けた時点で訴えのあった自覚症状 ※該当項目に○を記入	発熱(℃) ・ 咳 ・ 倦怠感 自覚症状の訴えはない ・ その他	
	労務不能により出勤ができなかった日について事業主からはどのような指示をしましたか		
	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 〒 " 名称 事業主氏名 連絡先 ()		

記入例

事業主が証明するところ	被保険者氏名	健保 太郎	
	被保険者から労務不能である旨の連絡を受けた年月日	令和 X年 X月 X日	
	被保険者からの訴えのあった自覚症状 ※該当項目に○を記入	発熱(38.0℃) ・ 咳 ・ 倦怠感 自覚症状の訴えはない ・ その他	
	労務不能により出勤ができなかった日について事業主からはどのような指示をしましたか	症状が治るまでは出勤しないように指示した。 高熱が続く場合は保健所へ連絡し検査を受けるよう伝えた。	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 X年 X月 X日 事業所所在地 〒 733-0123 " 名称 株式会社 ○○○○ 事業主氏名 代表取締役 ○○ ○○ 連絡先 XXX (XXX) XXXX		

新型コロナウイルス感染症に関連し、傷病手当金請求に必要な医師の意見書を添付できないときはこの申立書を添付してください。

〔傷病手当金のご請求対象者である方〕

○自覚症状の有無に関わらず、新型コロナウイルス感染の検査結果で「陽性」と判定された方

被 保 険 者 記 入 欄	健康保険証の 記号と番号	記号 —	番号	被保険者 (請求者)の 氏名・生年月日	(フリガナ)	昭・平	年	月	日
	新型コロナウイルス 検査結果について	「陽性」判定	検査日：令和 年 月 日	確認した日：令和 年 月 日	「陰性」判定	検査日：令和 年 月 日	確認した日：令和 年 月 日		
	〔医療機関等の受診がない方〕 医師の意見書が提出できないやむを得ない理由	※医師の意見書が提出できないやむを得ない理由を記入							

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	会社へ出勤しなかった全ての日について以下へ自覚症状や療養状況を詳細に記入してください。									
	1	令和 年 月 日	主な自覚症状 発熱 (°C) ・せき ・倦怠感 ・自覚症状がない ・その他 ()	具体的な療養状況						
	2	令和 年 月 日	主な自覚症状 発熱 (°C) ・せき ・倦怠感 ・自覚症状がない ・その他 ()	具体的な療養状況						
	3	令和 年 月 日	主な自覚症状 発熱 (°C) ・せき ・倦怠感 ・自覚症状がない ・その他 ()	具体的な療養状況						
	4	令和 年 月 日	主な自覚症状 発熱 (°C) ・せき ・倦怠感 ・自覚症状がない ・その他 ()	具体的な療養状況						
	5	令和 年 月 日	主な自覚症状 発熱 (°C) ・せき ・倦怠感 ・自覚症状がない ・その他 ()	具体的な療養状況						

※用紙が不足するときは複数枚ご用意いただき全てに記入をしてください。

記 入 例	令和 X年 X月 X日	主な自覚症状 発熱 (38.0 °C) ・せき ・倦怠感 ・自覚症状がない ・その他 ()
		具体的な療養状況
		起床後に熱っぽさを感じ検温したところ38.0℃であったため、会社へ連絡しその旨を伝えた。自宅で安静にしていたが、夜になっても高熱が続きひどい倦怠感があった。