

新型コロナウイルス感染症に関連し、傷病手当金を申請するときには、この申立書を添付してください。

- ※ 保健所等から証明書が交付されている場合は、その写しを添付してください。
- ※ My HER-SYS で取得した療養証明書がある場合は、それを印刷し添付してください。

## 療養状況申立書

記入日（令和 年 月 日）

被保険者等 記号・番号		被保険者氏名	
あなたの仕事 の内容（詳しく）			

申請期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	日間
------	------------------------	----

以下の欄を具体的に記載、または該当箇所に○をつけてください。

<b>1.感染経路について</b> ※ 医療従事者等は業務外で感染したことが明らかである場合を除き、原則として労災保険給付の対象となります。			
感染経路が明らかである ・ 感染経路が明らかではない			
◆ 感染経路が明らかである場合は下欄に感染経路を詳しく記載してください。			
例) ○月△日に同居家族が陽性になり、その後自分が発症した			
<b>2.検査（PCR 検査、抗原検査等）について</b>			
検査（PCR 検査、抗原検査等）を受けましたか	受けた ・ 受けていない		
◆ 検査（PCR 検査、抗原検査等）を受けた方は、以下について回答してください。			
検査の種類	PCR 検査 ・ 抗原検査 ・ その他（ ）		
検査を受けた日	令和 年 月 日		
検査結果が判明した日	令和 年 月 日	検査結果	陽性 ・ 陰性
検査を受けるに至った経緯	濃厚接触者 ・ 自覚症状あり ・ その他（ ）		
◆ 検査（PCR 検査、抗原検査等）を受けていない方は、受けていない理由を下欄に記載してください。			
«検査（PCR 検査、抗原検査等）を受けていない理由（詳しく）»			
<b>3.保健所等の対応について</b>			
保健所等への相談の有無	相談した ・ 相談していない		
◆ 保健所等へ相談した方は、以下について回答してください。			
保健所等の療養指示	あり ・ なし ※ 「あり」の場合、下欄に指示の内容を詳しく記載してください。		
«具体的な指示の内容»			

2 ページ目も記載してください

4.出勤しなかった <u>すべての日</u> について、以下の欄へ自覚症状や療養状況を詳しく記載してください。	
令和 年 月 日	発熱（      ℃） ・ せき ・ 倦怠感 ・ 無症状 ・ その他（      ） 具体的な療養状況
令和 年 月 日	発熱（      ℃） ・ せき ・ 倦怠感 ・ 無症状 ・ その他（      ） 具体的な療養状況
令和 年 月 日	発熱（      ℃） ・ せき ・ 倦怠感 ・ 無症状 ・ その他（      ） 具体的な療養状況
令和 年 月 日	発熱（      ℃） ・ せき ・ 倦怠感 ・ 無症状 ・ その他（      ） 具体的な療養状況
令和 年 月 日	発熱（      ℃） ・ せき ・ 倦怠感 ・ 無症状 ・ その他（      ） 具体的な療養状況
令和 年 月 日	発熱（      ℃） ・ せき ・ 倦怠感 ・ 無症状 ・ その他（      ） 具体的な療養状況
令和 年 月 日	発熱（      ℃） ・ せき ・ 倦怠感 ・ 無症状 ・ その他（      ） 具体的な療養状況
令和 年 月 日	発熱（      ℃） ・ せき ・ 倦怠感 ・ 無症状 ・ その他（      ） 具体的な療養状況
令和 年 月 日	発熱（      ℃） ・ せき ・ 倦怠感 ・ 無症状 ・ その他（      ） 具体的な療養状況

※用紙が不足する場合は、コピーしてご利用ください。

【事業主の証明】	令和 年 月 日
上記のとおり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	担当者氏名（      ）

1 ページ目も記載してください