

新型コロナウイルス感染症 提出用

常務理事	事務長	担当者		事業所担当者

健康保険 傷病手当金請求書  
(療養状況申立書)

<被保険者>

新型コロナウイルス感染症に関連し、傷病手当金を請求するときにはこの証明書を添付してください。

〔傷病手当金の請求対象〕

- ・医療機関等の受診有無に関わらず自覚症状がある方
- ・医療機関等の受診有無に関わらず自覚症状はないが、検査の結果「陽性」と判定された方

(訂正は氏名欄と同じ印による押印訂正をお願いします。修正液・修正テープ等での訂正不可)

被 保 険 者	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	被保険者の 生年月日	昭和 平成	年 月 日
	被保険者(請求者)の氏名			(印)		
	会社へ労務不能で ある旨の連絡をした年月日	令和 年 月 日	会社への 連絡手段	メール・電話・その他( )		
	(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					
	帰国者・接触者相談センター への相談の有無について	1. 相談した ※相談日・相談内容等、下記療養状況に記載してください 2. 相談していない				
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ご記入ください。					
	1	令和 年 月 日	主な自覚症状(該当項目に○印をつけてください。) 発熱( )℃・せき・倦怠感・自覚症状はない・その他( ) 具体的な療養状況			
	2	令和 年 月 日	主な自覚症状(該当項目に○印をつけてください。) 発熱( )℃・せき・倦怠感・自覚症状はない・その他( ) 具体的な療養状況			
	3	令和 年 月 日	主な自覚症状(該当項目に○印をつけてください。) 発熱( )℃・せき・倦怠感・自覚症状はない・その他( ) 具体的な療養状況			
	4	令和 年 月 日	主な自覚症状(該当項目に○印をつけてください。) 発熱( )℃・せき・倦怠感・自覚症状はない・その他( ) 具体的な療養状況			
	5	令和 年 月 日	主な自覚症状(該当項目に○印をつけてください。) 発熱( )℃・せき・倦怠感・自覚症状はない・その他( ) 具体的な療養状況			

※用紙が不足するときはコピーしてご利用ください。

受付印