

## 新型コロナウイルス感染症 提出用

健康保険 傷病手当金請求書  
(就労状況等証明書)

常務理事	事務長	担当者		事業所担当者

## &lt;事業主&gt;

新型コロナウイルス感染症に関連し、以下に該当するときにはこの証明書を添付してください。  
この証明書を添付するときは「様式K-4(3)療養を担当した医師が意見を書くところ」は空欄でご提出ください。

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、医師の意見書が添付できないとき

(訂正は事業主証明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)

事業主が証明するところ	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	
	労務不能の期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間			
	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	被保険者からの 連絡手段	メール・電話・その他( )	
	被保険者から訴えの あった自覚症状 ※該当項目に○印	発熱( °C) ・ せき ・ 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			印	
	事業所名称				
	事業主氏名	電話	-		-

受付印