傷病手当金の申請において、新型コロナウイルスの関係で、被保険者が発熱などの自覚症状があるために自宅待機を行っており、**その期間において医師が意見書を記入できない場合、労務不能期間（一部含む）を証明できない場合**には、この申請書を添付してください。

新型コロナウイルスに係る療養状況申立書

≪記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、証明者の氏名をご記入ください≫

	記号	番号	生年月日
被保険者			
氏名	（フリガナ）		

出勤しなかった日ごとに、発熱やその他の自覚症状はどうだったか、事業所にどのように連絡を行ったか等、詳しくご記入ください。

被保険者が労務に服さなかった日の療養状況		被保険者記入欄	事業主確認欄
	月　日	【体温】 【自覚症状等】 【事業所とのやり取り】	□ 左記の内容について確認済。 【特記事項（被保険者とのやりとり等】
	月　日	【体温】 【自覚症状等】 【事業所とのやり取り】	□ 左記の内容について確認済。 【特記事項（被保険者とのやりとり等】
	月　日	【体温】 【自覚症状等】 【事業所とのやり取り】	□ 左記の内容について確認済。 【特記事項（被保険者とのやりとり等】
	月　日	【体温】 【自覚症状等】 【事業所とのやり取り】	□ 左記の内容について確認済。 【特記事項（被保険者とのやりとり等】

事業主証明欄	
	感染拡大の予防措置として、一定の熱がある場合等に就業を禁止する措置をとっていますか？ □ はい（　　度以上） □ いいえ
	この申請書の内容が正しいことを証明します。　　年　　月　　日 事業所所在地 事業所名称 事業主

上記の日数にて自宅療養を行った日数を超えた場合等は、適宜コピーのうえご提出ください。