


(その2)

被保険者氏名	
--------	--

症状が出た日	令和 年 月 日
帰国者・接触者相談センターへの相談日 (相談した場合に記入)	令和 年 月 日 (時頃)
1 医療機関の受診状況	<input type="checkbox"/> 受診した <input type="checkbox"/> 受診していない
2 医療機関の受診日 (1で「受診した」と回答した場合に記入)	令和 年 月 日
	令和 年 月 日
	令和 年 月 日
3 症状及び症状のあった期間等 (1で「受診していない」と回答した場合に記入)	
4 療養のために休んだ期間	令和 年 月 日から
	令和 年 月 日まで
5 4の期間のうち、勤務ができなかった日数 (新型コロナウイルス感染症(発熱の症状があり感染が疑われる場合を含む。)によらない休暇や勤務予定がなかった日を除く。)	日
6 4の期間における給与等の支払 (予定を含む。)の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
7 給与等の額及び支払対象期間 (6で「有」と回答した場合に記入)	円
	令和 年 月 日から
	令和 年 月 日まで

上記1において「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記載欄に事業主の証明が必要です。

事業主記載欄	令和 年 月 日 上記3から7までの内容について、事実と相違ないことを証明します。
	所在地
	名称
	代表者氏名 
担当者氏名	電話番号