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）

＜事業主＞

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はこの証明書を添付してください。

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。

事業主が証明するところ	被保険者等記号・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（　℃）・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

事業所名称

事業主氏名　電話　－　－

受付印

2024.12.1