

# 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