

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 (療養状況申立書)

<被保険者>

新型コロナウイルス感染症に関連し、傷病手当金を請求するときにはこの証明書を添付してください。

〔傷病手当金の請求対象〕

- ・医療機関等の受診有無に関わらず自覚症状がある方
- ・医療機関等の受診有無に関わらず自覚症状はないが、検査の結果「陽性」と判定された方

※請求期間が国の定めた療養期間を超えている場合には、医師の意見書を提出していただくことがあります。

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者等 記号・番号	記号	番号	被保険者の 生年月日	昭和 平成	年	月	日			
	被保険者(請求者)の氏名										
	発症年月日	令和	年	月	日	午前 午後	時頃	発症時の 主な症状	発熱(°C) ・ せき ・ 倦怠感 その他()		
	検査年月日	令和	年	月	日	「陽性」判定された 年月日		令和	年	月	日
	会社へ労務不能である 旨の連絡をした年月日	令和	年	月	日	会社への 連絡手段	メール ・ 電話 ・ その他()				
	(医療機関等の受診がない方) 医師の意見書が提出でき ないやむを得ない理由										
	会社へ出勤しなかった全ての日(公休日含む)について、以下へ自覚症状や療養状況を詳細にご記入ください。										
	1	令和	年	月	日	主な自覚症状(該当項目に○印をつけてください。) 発熱(°C) ・ せき ・ 倦怠感 ・ 自覚症状はない ・ その他() 具体的な療養状況					
	2	令和	年	月	日	主な自覚症状(該当項目に○印をつけてください。) 発熱(°C) ・ せき ・ 倦怠感 ・ 自覚症状はない ・ その他() 具体的な療養状況					
	3	令和	年	月	日	主な自覚症状(該当項目に○印をつけてください。) 発熱(°C) ・ せき ・ 倦怠感 ・ 自覚症状はない ・ その他() 具体的な療養状況					
4	令和	年	月	日	主な自覚症状(該当項目に○印をつけてください。) 発熱(°C) ・ せき ・ 倦怠感 ・ 自覚症状はない ・ その他() 具体的な療養状況						
5	令和	年	月	日	主な自覚症状(該当項目に○印をつけてください。) 発熱(°C) ・ せき ・ 倦怠感 ・ 自覚症状はない ・ その他() 具体的な療養状況						

※用紙が不足するときはコピーしてご利用ください。

受付印