

| | |
|--------|--|
| 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 | | 1. 受診した 2. 受診していない | |
| (①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日 | | 令和 年 月 日 | |
| | | 令和 年 月 日 | |
| | | 令和 年 月 日 | |
| (①で「受診していない」と回答した場合) ③症状(期間などを具体的に) | | | |
| 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左記期間のうち、勤務ができなかった日数 〔 新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり 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は除く。〕 | 日 |
| ⑥ | 上記の療養のために休んだ期間にあ たる給与等の支払いを受けましたか。 または、今後受けられますか。 | 1. はい 2. いいえ | |
| ⑦ | ⑥で「はい」と回答した場合、その給 与等の額と、その報酬支払の対象と なった(なる)期間をご記入ください。 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | (給与等の額:円) □ □ □ □ □ □ □ □ |

(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ついて、事業主の証明が必要です。)

| | | | |
|--------|--|------|---|
| 事業主記入欄 | 令和 年 月 日 | | |
| | 上記③～⑦の内容については、当事業所において把握している内容と相違ないことを証明します。 | | |
| | 事業所所在地 | | |
| | 事業所名称 | | |
| 事業主氏名 | | | ⑧ |
| 担当者氏名 | | 電話番号 | |