

(裏面)

(被保険者の状況等の欄) (被保険者が記入してください。)

被保険者氏名	
--------	--

症状が現れた日	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してください。	年 月 日 ( 時頃)								
(1) 医療機関の受診状況	受診した 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)	年 月 日										
	年 月 日										
	年 月 日										
(3) 症状 (期間等を具体的に記入してください。) (1)で「受診していない」と回答した場合)											
(4) 療養のために休んだ期間	年 月 日から 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給与等の支払を受けましたか。または、今後受けられますか。	はい いいえ										
(7) その給与等の額と、その給与等の支払の対象となった(なる)期間を記入してください。 (6)で「はい」と回答した場合)	年 月 日から 年 月 日まで	(給与等の額:円)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								

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

年 月 日		
上記(4)~(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 <span style="float: right;">Ⓜ</span>		
担当者氏名		電話番号