

(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) (1)で「受診した」と回答した場合) 医療機関の受診日	年 月 日									
	年 月 日									
	年 月 日									
(3) (1)で「受診していない」と回答した場合) 症状 (期間等を具体的に記入してください。)										
(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) (6)で「はい」と回答した場合) 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。	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></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			
担当者氏名		電話番号	