就労状況等証明書（事業主用）

新型コロナウイルス感染症で、被保険者が発熱等の自覚症状があるために自宅療養を行っていた場合であって、医師の意見書を添付できない場合、又は、自治体や保健所等からの証明書（My HER-SYS 等）を添付された場合であっても、厚生労働省の療養解除基準に準じた期間（有症状：7 日間・無症状：7 日間）の範囲を超えて傷病手当金を申請される場合に事業主により証明していただくものとなります。

事業主記載欄

被保険者証の記号・番号	記　号		番　号	
被 保 険 者 の 氏 名				

出勤しなかった日について、事業所にどのような連絡があったか、発熱やその他の自覚症状はどうだったか等、連絡のあった日すべてを詳しくご記入ください。

出勤しなかった日の連絡事項		
	日	
	日	
	日	
	日	
	日	
	日	

上記のとおり相違ありません。

令和　　年　　月　　日

事業所所在地

事 業 所 名 称

事 業 主 氏 名　　　　電 話　　（　　　）