

# 療養状況申立書(被保険者用)

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被保険者により証明していただくものとなります。

被 保 険 者 記 載 欄	被保険者証の記号・番号	記号		番号	
	被保険者の氏名	(フリガナ)			
	被保険者の生年月日	昭和・平成 年 月 日			
	被保険者の住所	〒 ー			
	電話番号(日中の連絡先)	Tel ( )			
	出勤しなかった日について、事業所にどのような連絡を行ったか、発熱やその他の自覚症状はどうだったか等、経緯をすべてご記入ください。				
出 勤 し な か っ た 日 の 療 養 状 況		日			
		日			
		日			
		日			
		日			
		日			