

傷病手当金の申請において、新型コロナウイルスの関係で、被保険者が発熱などの自覚症状があるために自宅待機を行っている、その期間において医師の意見書を添付できない場合、または一部の労務不能期間を証明できない場合には、この申立書を添付してください。

また、療養証明書の写し、MyHER-SYSの証明、診療・検査医療機関が発行する検査結果報告書の写し、陽性者登録センターの結果通知メール等、新型コロナウイルスに罹患したことが確認できる書類を添付してください。

## 新型コロナウイルス感染症に係る療養状況申立書

被保険者証の 記号・番号	記号 番号 -	被保険者の 氏名・生年月日	(フリガナ)
			昭和・平成 年 月 日

労務不能日ごとに、発熱やその他の自覚症状はどうだったか、事業所にどのような連絡を行ったか等、詳しくご記入ください。

被 保 険 者 が 出 勤 し な か っ た 日 の 療 養 状 況	被保険者記入欄		事業主確認欄
	年 月 日	[状況・自覚症状等] [事業所とのやりとり等] ※上記のような症状が現れたのは… 月 日 AM・PM 時頃	体温
年 月 日	[状況・自覚症状等] [事業所とのやりとり等]	体温	<input type="checkbox"/> 左記の内容について確認済。 [特記事項 (被保険者とのやりとり等)]
年 月 日	[状況・自覚症状等] [事業所とのやりとり等]	体温	<input type="checkbox"/> 左記の内容について確認済。 [特記事項 (被保険者とのやりとり等)]
年 月 日	[状況・自覚症状等] [事業所とのやりとり等]	体温	<input type="checkbox"/> 左記の内容について確認済。 [特記事項 (被保険者とのやりとり等)]
年 月 日	[状況・自覚症状等] [事業所とのやりとり等]	体温	<input type="checkbox"/> 左記の内容について確認済。 [特記事項 (被保険者とのやりとり等)]

事 業 主 証 明 欄	感染拡大の予防措置として、一定の熱がある場合等に就業を禁止する措置をとっていますか？		
	<input type="checkbox"/> はい ( 度以上)		
	<input type="checkbox"/> いいえ		
	この申立書の内容が正しいことを証明します。 令和 年 月 日		担当者氏名
事業所所在地			
事業所名称			
事業主氏名		電話 ( )	

※ 用紙が不足するときは、適宜コピーのうえご提出ください。

東京化粧品健康保険組合 (2023.1)