

療養状況申立書

新型コロナウイルス感染症に関連し、傷病手当金を申請する際に
医師の意見を受けられない期間がある場合、こちらの申立書を添付してください。

〔傷病手当金の請求対象である方〕

- ・医療機関の受診有無にかかわらず、発熱・せき等の自覚症状がある方
- ・無症状ではあったが、濃厚接触者として検査の結果「陽性」と判定された方

| | | |
|---|--------------|-------------|
| 被保険者証の 記号・番号 | 被保険者の 氏 名 | フリガナ |
| | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 |
| 〔医療機関等の受診がない方〕 医師の意見書が提出できない やむを得ない理由 | | |

以下の欄を具体的に記載し、該当箇所に○をしてください。

| | | | |
|-------------------------|------------------------------|------|-------|
| PCR検査・抗原検査についてお伺いいたします | | | |
| 検査を受けましたか | ・PCR検査を受けた ・抗原検査を受けた ・受けていない | | |
| 検査を受けた方は、以下の内容に回答してください | | | |
| 検査を受けた日 | 令和 年 月 日 | 検査結果 | 陽性 陰性 |
| 検査を受けるに至った経緯 | 濃厚接触者・自覚症状あり・その他（ ） | | |
| 具体的な経緯： | | | |

| | |
|---|---------------------------------|
| 保健所等の対応についてお伺いいたします | |
| 保健所等の療養指示 | あり なし ※ありの場合下の欄に指示の内容を記載してください。 |
| 就業制限を指示した保健所 | 保健所 |
| 就業制限を指示された期間 | 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 |
| その他具体的な指示内容： | |
| <具体的な自覚症状の例> せき・のどの痛み・鼻水・頭痛・腹痛・下痢・嘔吐・強いだるさ など | |

※自治体・保健所等が発行する「就業制限（解除）通知」「宿泊・自宅療養証明書」・医療機関が発行する「PCR検査の結果通知」等公的な書類がある場合、コピーを併せて添付してください。

次ページも記載してください

申請される期間の出勤・就労しなかった**すべての日**について、以下の欄へ自覚症状や療養状況を詳細に記載してください。

| 療養を行った年月日 | 主な自覚症状は該当項目に○をつけてください |
|---|--|
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">記載例</div> 令和〇年〇月〇日 | 体温 (38.0℃) ・ <input checked="" type="checkbox"/> 発熱・ <input checked="" type="checkbox"/> 咳・ <input checked="" type="checkbox"/> 倦怠感・無症状・その他() 具体的な療養状況 ・起床後に熱っぽさを感じ検温したところ38.0℃あったため会社に連絡してその旨を伝えた。 ・自宅で安静にしていたが夜になっても高熱が続きひどい倦怠感があった。 |
| 令和 年 月 日 | 体温 (°C) ・ 発熱・咳・倦怠感・無症状・その他() 具体的な療養状況 |
| 令和 年 月 日 | 体温 (°C) ・ 発熱・咳・倦怠感・無症状・その他() 具体的な療養状況 |
| 令和 年 月 日 | 体温 (°C) ・ 発熱・咳・倦怠感・無症状・その他() 具体的な療養状況 |
| 令和 年 月 日 | 体温 (°C) ・ 発熱・咳・倦怠感・無症状・その他() 具体的な療養状況 |
| 令和 年 月 日 | 体温 (°C) ・ 発熱・咳・倦怠感・無症状・その他() 具体的な療養状況 |
| 令和 年 月 日 | 体温 (°C) ・ 発熱・咳・倦怠感・無症状・その他() 具体的な療養状況 |
| 令和 年 月 日 | 体温 (°C) ・ 発熱・咳・倦怠感・無症状・その他() 具体的な療養状況 |

※用紙が不足する場合はこちらのページを複数枚ご用意ください。

前ページも記載してください