

## 療養状況申立書（新型コロナウイルス感染症提出用）

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  
申請期間が14日以上の場合、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、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	フリガナ
		氏名	
		生年月日	昭和・平成 年 月 日

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	<input type="checkbox"/> PCR検査を受けた <input type="checkbox"/> 抗原検査を受けた <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 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：			

自治体（保健所）等の対応についてお伺いいたします	
自治体（保健所）等の療養指示	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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自治体（保健所）等の名称	
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：	

※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は、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

