

# 療養状況申立書

新型コロナウイルスの関係で、被保険者が発熱などの症状があるために自宅療養を行っており、その期間において医師の意見書を添付できない場合は、この申立書を添付してください。

※自治体・保健所等が発行する「宿泊・自宅療養証明書」や、医療機関等が発行する「PCR検査の結果通知」等の書類がある場合は、コピーを添付してください。

- 医師が労務不能と認めていない期間
- 受診がなかった期間

上記の期間について、その間の療養状況などを以下に申し立てます。

記入日（令和 年 月 日）

被保険者証	記号	番号	被保険者氏名							
					⑩					
① 申請期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日まで	日間
② 医師の労務不能の証明を受けられない理由をご記入ください。 (例：PCR検査の実施のみで、その後の症状等を医師が診ていないため。)										
③ 医療機関を受診できなかった（しなかった）理由をご記入ください。 (例：保健所からホテル療養するよう指示があったため。)										
④ 帰国者・接触者相談センターに相談された内容をご記入ください。(相談日、相談内容等を記入してください。) (※相談していない場合は、「相談なし」とご記入ください。)										

【裏面に続く】

事業所に出勤・就労しなかった日ごとに、自覚症状や療養状況を詳細に記載してください。

※療養申請日すべての期間の記入が必要です。

※用紙が不足する場合は、この様式を適宜コピーし、提出してください。

	経過	療養の状況
被保険者が出勤しなかった日の療養状況	月 日	【体温】                    °C
		【自覚症状】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(「あり」の場合、具体的な自覚症状)
		【具体的な療養状況】
	月 日	【体温】                    °C
		【自覚症状】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(「あり」の場合、具体的な自覚症状)
		【具体的な療養状況】
	月 日	【体温】                    °C
		【自覚症状】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		(「あり」の場合、具体的な自覚症状)
		【具体的な療養状況】
	月 日	【体温】                    °C
【自覚症状】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
(「あり」の場合、具体的な自覚症状)		
【具体的な療養状況】		
<b>【事業主証明欄】</b>		
この申請内容は被保険者本人が作成したものであり、上記記載内容を確認しました。		
令和      年      月      日		
事業所所在地		
事業所名称		
事業主氏名		
⑩		