

4枚目

新型コロナウイルス感染症 提出用

傷病手当金請求書（就労状況等証明書）

事業主

新型コロナウイルス感染症に関連し、以下に該当するときはこの証明書を添付してください。
この証明書を添付するときは「2枚目」の「療養を担当した医師が意見を書くところ」は空欄でご提出ください。

被保険者が発熱などの自覚症状があるために労務不能となり自宅療養を行っていたが、医療機関等を受診しておらず医師の意見書が添付できないとき

（訂正は、㊦の印による押印訂正をお願いします。修正液・修正テープ等での訂正は認められません）

事業主が証明するところ	被保険者氏名				
	被保険者から労務不能である旨の連絡を受けた年月日	令和 年 月 日	被保険者からの連絡手段	メール・電話・その他（ ）	
	被保険者から訴えのあった自覚症状 ※該当項目に○を記入	発熱（ ℃） ・ せき ・ 倦怠感 自覚症状の訴えはない ・ その他（ ）			
	労務不能により出勤ができなかった日について、事業主からはどのような指示をしましたか				
	上記のとおり相違ないことを証明します。 事業所所在地 〒 事業主 ㊦ および名称 ㊧ 事業主氏名 連絡先（ ）			令和 年 月 日	㊦ ㊧

記入例

（訂正は、㊦の印による押印訂正をお願いします。修正液・修正テープ等での訂正は認められません）

事業主が証明するところ	被保険者氏名	情報 太郎			
	被保険者から労務不能である旨の連絡を受けた年月日	令和 X年 X月 X日	被保険者からの連絡手段	メール ㊦電話 ・ その他（ ）	
	被保険者から訴えのあった自覚症状 ※該当項目に○を記入	㊦発熱（ 38.0 ℃） ・ せき ・ ㊦倦怠感 自覚症状の訴えはない ・ その他（ ）			
	労務不能により出勤ができなかった日について、事業主からはどのような指示をしましたか	症状が治まるまでは出勤しないよう指示した。 高熱が続く場合は保健所へ連絡し検査を受けるよう伝えた。			
	上記のとおり相違ないことを証明します。 事業所所在地 〒 XXX-XXXX 事業主 ㊦ 中野区〇〇〇1-22-3 および名称 株式会社 〇〇〇〇 ㊧ 事業主氏名 代表取締役 中野 〇〇 連絡先 XX（ XXXX ） XXXX			令和 X年 X月 X日	㊦ 事業主印