

新型コロナウイルス感染症に関連し、傷病手当金を請求するときは3枚目「傷病手当金請求書（療養状況申立書）」とあわせてこの証明書を添付してください。

（訂正がある場合は事業主が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。事業主以外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（ ）		
	労務不能により就労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。 事業主所在地 〒 事業主 ⑤ および名称 ⑥ 事業主氏名 連絡先（ ）	令和 年 月 日		

記入例

（訂正がある場合は事業主が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。事業主以外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（ ）		
	労務不能により就労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就労しないよう指示した。 高熱が続く場合は医療機関や保健所などへ連絡し指示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。 事業主所在地 〒 XXX-XXXX 事業主 ⑤ 中野区〇〇〇1-22-3 および名称 株式会社 〇〇〇〇 ⑥ 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		