

※新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に係る傷病手当金を申請する際、新型コロナウイルス感染症の関係で医師の意見書を添付できない場合に、この申立書を添付してください。

## 療養状況申立書

- 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。

被保険者記入日（令和 年 月 日）

被保険者証の 記号・番号	記号	被保険者の 氏名	フリガナ
	番号		
		生年月日	昭和・平成 年 月 日

以下の欄を具体的に記載し、該当箇所には○をしてください。

医療機関への受診は行いましたか	受診した	・	受診していない
-----------------	------	---	---------

医師の労務不能の期間の意見書が受けられない理由をご記入ください。

具体的な理由：  
（例：医療機関への受診が困難であったため）

PCR検査・抗原検査についてお伺いします			
検査を受けましたか	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します	
保健所等の療養指示	有 ・ 無 ※「有」の場合、下の欄に保健所等の指示内容を記載してください。
具体的な指示内容：	

お勤めの事業所の対応についてお伺いします	
事業所の指示	有 ・ 無 ※「有」の場合、下の欄に事業所の指示内容を記載してください。
具体的な指示内容：	

次ページも記載してください

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

TEL（ ） -

