

新型コロナウイルスの関係で、被保険者が発熱などの自覚症状があるために自宅療養を行っていた場合であって、医師の意見書を添付できない場合には、この証明書を添付してください。

療養状況申立書

被 保 険 者 記 載 欄	被保険者証の記号番号	氏 名		生年月日	
	-			昭和 平成 年 月 日	
	医療機関の受診歴	MY HER-SYSの登録		健康フォローアップセンターの登録	
	あり・なし	あり・なし		あり・なし	
	症状を自覚した日	医療機関または保健所より就業制限を指示された期間			
	令和 年 月 日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
	事業所にどのように連絡を行ったか、発熱や咳など自覚症状はどうだったか等、詳しくご記入ください。				
	傷病手当金を申請した期間の療養状況	日			
		日			
		日			
日					