

被保険者氏名	弥 富 太 郎	被保険者証 の記号番号	〇〇〇〇〇〇〇〇
--------	---------	----------------	----------

症状が出た日	令和 4年 5月 25日	帰国者・接触者相談センター への相談日 ※相談した場合に記入	令和 4年 5月 25日 (午前10 時頃)
①医療機関の受診状況	①. 受診した 2. 受診していない		
(①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日	令和 4年 5月 25日		
	令和 年 月 日		
	令和 年 月 日		
(①で「受診していない」と回答した場合) ③症状（期間などを具体的に）			
③療養のために 休んだ期間	令和 4年 5月 25日から	④左記期間のうち、勤務ができなかった日数 (新型コロナウイルス感染症（発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む。）によらない休暇や勤務予定がなかった日は除く。)	10日
	令和 4年 6月 11日まで		
⑤ 上記の療養のために休んだ期間に 給与等の支払いを受けましたか。 又は今後受けられますか。	1. はい ②. いいえ		
⑥ ⑤で「はい」と回答した場合、その給 与等の額と、その報酬支払の対象と なった（なる）期間をご記入ください。	令和 年 月 日から	(給与等の額：円)	
	令和 年 月 日まで	□ □ □ □ □ □ □ □	

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記載欄について、事業主の証明が必要です。)

事業主記入欄	令和 年 月 日		
	上記③～⑥の内容については、当事業所において把握している内容と相違ないことを証明します。		
	事業所所在地		
	事業所名称		
事業主氏名			
担当者氏名		電話番号	