

被保険者状況確認表

| | | | | | |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--|--|
| 被保険者氏名 | | | | | |
| 症状が出た日 | 令和 年 月 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 年 月 日 (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 年 月 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 年 月 日から 令和 年 月 日まで | 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。) | 日 | | |
| 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。 または、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 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | |

(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 | | | | |
| ① | | | | |
| 担当者氏名 | | | 電話番号 | |

被保険者状況確認表

| | |
|--------|-------|
| 被保険者氏名 | 身延 花子 |
|--------|-------|

| | | | |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 症状が出た日 | 令和2年3月10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2年3月13日 (午前11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 2 年 3 月 13 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(具体的に) | | | |
| ③療養のために 休んだ期間 | 令和2年3月10日から 令和2年3月27日まで | 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。) | 7日 |
| 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。 または、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 |
| | 印 |
| 担当者氏名 | 電話番号 |