

# 傷病手当金請求書(就労状況等証明書)

## 事業主

新型コロナウイルス感染症に関連し、以下に該当する場合はこの証明書を添付してください。

【この証明書が必要な場合】

- ・被保険者が発熱などの自覚症状があるため労務不能となり、自宅療養を行っていたが、医療機関等を受診しておらず医師の意見書が添付できない場合。
- ・PCR検査及び抗原検査キット【対外診断用医薬品】で陽性であったが、労務不能の医師証明がもらえない場合。(陽性である旨の通知等の写を添付してください。)

事業主が証明する欄	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( )
	被保険者からの訴えのあった自覚症状 ※該当項目に○を記入	発熱( °C) ・ せき ・ 倦怠感 自覚症状の訴えはない ・ その他( )		
	労務不能により出勤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。		令和 年 月 日	
	事業所所在地 〒			
	事業所名称			
	事業主名			
	電話番号			
	連絡先 ( )			

## 記入例

事業主が証明する欄	被保険者氏名	建設 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	令和〇〇年〇〇月〇〇日	被保険者からの連絡手段	メール・電話・その他( )
	被保険者からの訴えのあった自覚症状 ※該当項目に○を記入	発熱( 38.0 °C) ・ せき ・ 倦怠感 自覚症状の訴えはない ・ その他( )		
	労務不能により出勤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	症状が治まるまで出勤しないよう指示した。 高熱が続く場合は保健所または医療機関等へ連絡し検査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。		令和〇〇年〇〇月〇〇日	
	事業所所在地 〒			
	事業所名称			
	事業主名			
	電話番号			
	連絡先 045 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇			