

## 医療機関受診状況届(被保険者記入用)

被保険者氏名	後期 太郎
--------	-------

下記の「事業主記入欄」については、  
事業主様よりご記入ください。

症状が出た日	令和4年1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4年1月13日 (午前11時頃)								
①医療機関の受診状況	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; padding: 2px;">1. 受診した</span> <span>2. 受診していない</span> </div>										
(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 1 月 13 日										
	令和	年	月 日								
	令和	年	月 日								
③症状(期間などを具体的に)	1/10 37.5℃の発熱と咳の症状があり、5日間続いた。医療機関の検査で新型コロナウイルスの陽性が判明し、1/27まで自宅待機となった。										
③療養のために休んだ期間	令和4年1月10日から  令和4年1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。	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>1. はい</span> <span style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; padding: 2px;">2. いいえ</span> </div>										
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	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>									

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	<p style="text-align: right;">令和 4 年 2 月 10 日</p> <p>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。</p> <p>事業所所在地 岩国市今津町〇-〇-〇</p> <p>事業所名称 (株)イワクニ</p> <p>事業主氏名 岩国 花子</p>		
担当者氏名	岩国 月子	電話番号	0827-29-5000