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）			
④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	⑤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
⑥	上記の療養のために休んだ期間にあたる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	
⑦	⑥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 令和　　年　　月　　日まで	（給与等の額：円）

（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③～⑦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	