

様式第4号の2（第5条関係）

医療機関受診状況届（被保険者記入用）

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

(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<br>記入<br>欄 | 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   |

