

被保険者氏名	川南 二郎
--------	-------

症状が出た日	令和 2年 3月 10日	※ 相談した場合に記入 帰国者・接触者相談センター への相談日	令和 2年 3月 10日 (午前11時頃)
①医療機関の受診状況	<input checked="" type="checkbox"/> 受診した <input type="checkbox"/> 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 10日		
	年 月 日		
	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 2年 3月 10日 から 令和 2年 3月 27日 まで	⑤左記のうち、勤務ができなかった日 (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
⑥上記の療養のために休んだ期間に給与等 の支払を受けましたか。又は、今後受けら れますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
※ ⑥で「はい」と回答した場合 ⑦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。	年 月 日から 年 月 日まで 給与等の額		円

上記①で「受診していない」と回答した場合は、次の記入欄で事業主の証明が必要です。

事業主記入欄	年 月 日		
	上記③～⑦の内容について、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 <span style="float: right;">⑩</span>
担当者氏名		電話番号	