

# 休業に関する確認書(傷病給付金交付申請用)

記号番号		被保険者氏名	
住 所	陸前高田市	町字	番地

症状が出た日	令和 年 月 日	帰国者・接触者相談センター等 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
② PCR検査等の実施状況 (医療機関を受診していない場合)		1. 実施した	2. 実施していない
③ 医療機関の受診日 (または、検査の実施日)		令和 年 月 日	
		令和 年 月 日	
		令和 年 月 日	
④ 療養のために 休んだ期間	令和 年 月 日から	⑤ 事業活動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 事業活動予定がなかった日は除く。 )	
	令和 年 月 日まで		
⑥ 事業活動が できなかった 日を×で表示 してください。	令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	
		16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	
	令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	
		16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	
⑦ 症状(期間などを具体的に)		令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
			16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
(①で「受診していない」と回答した場合) ⑦ 症状(期間などを具体的に)			

# 記入例（症状がある場合）

## 休業に関する確認書（傷病給付金交付申請用）

記号番号	123-45678	被保険者氏名	国保 二郎
住 所	岩手県陸前高田市高田町字一本松 1番地1		

症状が出た日	令和 2年 3月 10日	帰国者・接触者相談センター等 への相談日 ※相談した場合に記入	令和 2年 3月 13日 (午前11時頃)	
① 医療機関の受診状況	<input checked="" type="radio"/> 1. 受診した <input type="radio"/> 2. 受診していない			
② PCR検査等の実施状況 (医療機関を受診していない場合)	<input type="radio"/> 1. 実施した <input type="radio"/> 2. 実施していない			
③ 医療機関の受診日 (または、検査の実施日)	令和 2年 3月 13日			
	令和 年 月 日			
	令和 年 月 日			
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 31日まで	⑤ 事業活動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 事業活動予定がなかった日は除く。 )	17日	
⑥ 事業活動が できなかった 日を×で表示 してください。	令和 2年 3月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 <del>10</del> 11 <del>12</del> <del>13</del> <del>14</del> <del>15</del> <del>16</del> 17 <del>18</del> <del>19</del> 20 <del>21</del> <del>22</del> <del>23</del> <del>24</del> 25 <del>26</del> <del>27</del> <del>28</del> <del>29</del> <del>30</del> 31		
	令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		
	令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		
⑦ 症状(期間などを具体的に)				

# 記入例（濃厚接触者等の場合）

## 休業に関する確認書（傷病給付金交付申請用）

記号番号	123-45678	被保険者氏名	国保 二郎
住 所	岩手県陸前高田市高田町字一本松 1番地1		

症状が出た日	令和 年 月 日	帰国者・接触者相談センター等 への相談日 ※相談した場合に記入	令和 3年 4月 14日 (午前11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
② PCR検査等の実施状況 (医療機関を受診していない場合)		1. 実施した	2. 実施していない
③ 医療機関の受診日 (または、検査の実施日)		令和 3年 4月 15日	
		令和 年 月 日	
		令和 年 月 日	
④ 療養のために 休んだ期間	令和 年 月 日から	⑤ 事業活動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 事業活動予定がなかった日は除く。             )	14日
	令和 年 月 日まで		
⑥ 事業活動が できなかった 日を×で表示 してください。	令和 3年 4月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 <del>14</del> <del>15</del> <del>16</del> 17 <del>18</del> <del>19</del> 20 <del>21</del> <del>22</del> <del>23</del> <del>24</del> 25 <del>26</del> <del>27</del> <del>28</del> <del>29</del> <del>30</del> 31	
	令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	
	令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	
(①で「受診していない」と回答した場合) ⑦ 症状(期間などを具体的に)		・4/14 新型コロナウイルス感染症に感染した人が、4/10ころ来店していたことが判明した。本人は無症状ではあるが、念のため〇〇保健所に相談した。 ・4/15 濃厚接触者であることからPCR検査を受けることとなったが、結果は陰性であった。 ・4/16 保健所からの助言により店舗を10日間休業することとなった。	