

療養に関する質問書

(傷病手当金の支給判断に必要な為、ご本人ができるだけ詳しくご記入ください。)

1. 症状は有りますか。または、有りましたか。(該当する方に☑をしてください。)

はい いいえ

「はい」の場合、その症状はいつからですか。

令和 年 月 日から

2. どのような症状ですか。(あてはまるものに☑をしてください)

発熱 せき 関節痛 その他()

3. その症状は、いつまでありましたか。

該当する方に☑を入れ、治癒の場合は年月日を記入してください。

治癒 → 令和 年 月 日まで

継続している

4. 保健所等には受診に関する相談をしましたか。(該当する方に☑をしてください。)

はい いいえ

「はい」の場合、どのような指示がありましたでしょうか。

「いいえ」の場合、何か理由はありますか。

5. PCR検査等の診断検査は受けましたか。(該当する方に☑をしてください。)

はい いいえ

「はい」の場合、検査結果と判明日を教えてください。

判明日 令和 年 月 日 陽性 陰性

「陽性」の場合、どこで療養されましたか。

病院 入院期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日

ホテル 自宅

※「ホテル」の場合、何か療養していたことが確認できる書類等があれば、その写しを添付してください。

※この質問書と一緒に療養証明書(保健所・My HER-SYS)も提出してください。

療養証明書を提出できない場合は、その理由をご記入ください。

上記のとおり回答します。

令和 年 月 日

被保険者氏名

㊞

自筆の場合は㊞不要