

傷病手当金申請資料

申請者	社員番号		氏名	
	所属名			
被保険者記号番号	記号		番号	
傷病名	新型コロナウイルス感染症		コロナ判明日	西暦 年 月 日
発病日	西暦 年 月 日		初診日	西暦 年 月 日
受診機関				
労務不能と認めた期間	西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 月 日			
うち、入院期間	西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 月 日			
■ 上記期間中における症状及び経過				
経過	日付	体温	症状、医師所見等	
	/ ()	℃		
	/ ()	℃		
	/ ()	℃		
	/ ()	℃		
	/ ()	℃		
	/ ()	℃		
	/ ()	℃		
	/ ()	℃		
	/ ()	℃		
	/ ()	℃		
	備考			
	■ 署名			
上記のとおり相違ありません。		住所	記入日	西暦 年 月 日
		氏名	㊞	
会社記入欄		年 月 日		