

新型コロナウイルス感染症に感染した被保険者等に係る傷病手当金の 審議にあたり確認が必要な事項

① 感染した被保険者の記号・番号と氏名

記号・番号	被保険者氏名
-------	--------

② 想定される感染原因(該当に○をしてください)

1. 感染拡大地域に訪問した
2. 感染拡大地域から帰省した家族から感染した
3. 家族以外と会食をした
4. 家族・知人から感染した
5. 業務による感染
6. 感染経路不明

③ 上記で選択した感染原因について詳細を記載してください。

例:○月○日に友人と会食。友人が風邪様症状があったため検査したところ、陽性であると判明。無症状だったが、検査し陽性。

④ 休業の理由(該当に○をしてください)

1. 新型コロナウイルス感染症に感染したことによる休業
2. 新型コロナウイルス感染症の感染が疑われることによる休業
3. 事業所内で感染者が発生したことによる休業
4. 家族が感染し濃厚接触者になったことによる休業
5. 感染の疑いはないが事業主からの指示による休業
6. 保健所の指示による休業
7. 自治体からの外出自粛要請による休業
8. その他(詳細を記載してください)

--

本書に「新型コロナウイルス感染症に感染した被保険者等に係る傷病手当金支給申請書」を添えて申請します。

令和 年 月 日

被保険者名

長野県医師国民健康保険組合 理事長 殿