

新型コロナウイルス感染症に伴う傷病手当金支給に関するヒアリングシート

1. 対象者氏名	
2. 対象者生年月日	昭和・平成・西暦 年 月 日
3. 発症日※ 1	令和 年 月 日
4. 3. に記載した日	発症日 ・ 検査日
5. 療養期間終了日※ 2	令和 年 月 日
6. 受診医療機関※ 3	
7. 受診日	令和 年 月 日
8. 検査の有無（行政検査を含む。）	有 ・ 無
9. 検査の種類	P C R検査 ・ 抗原検査
10. 検査の結果	陽性 ・ 陰性
11. 新型コロナウイルス感染症罹患後 症状（後遺症）の期間の有無※ 4	有 ・ 無
12. 11.の開始期間	令和 年 月 日
13. 11.の終了期間	令和 年 月 日 ・ 継続中
14. 会社都合による休暇の期間の有無 ※ 4	有 ・ 無
15. 14.の開始期間	令和 年 月 日
16. 14.の終了期間	令和 年 月 日
17. 無症状の濃厚接触者であった期間 の有無※ 4	有 ・ 無
18. 17.の開始期間	令和 年 月 日
19. 17.の終了期間	令和 年 月 日

※ 1 発症日とは、発熱、咳、咽頭痛、倦怠感その他の感冒様症状（味覚、嗅覚障害を含む。）のいずれかが初めて出た日です。これらの症状がない場合は、検査を受けた日を記入してください。

※ 2 発症日を記載した場合は、発症日から 10 日間経過し、かつ、症状が軽快してから 3 日経過した日を記入してください。（検査日を記入した場合は、検査を実施した日から 7 日を経過した日）

※ 3 受診医療機関がない場合は、「なし」と記載いただき、7 は記載を省略してください。

※ 4 新型コロナウイルス感染症の後遺症、会社都合による休暇及び無症状の濃厚接触者であった期間については、傷病手当金の支給対象外となります。