

新型コロナウイルス感染症 入院・療養申告書

※本申告書は、契約者または被共済者にてご記入ください。

ご記入日： 年 月 日

1. 被共済者氏名 (陽性で療養された方)	生年 月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日
2. 傷病名	新型コロナウイルス(COVID-19)感染症	
3. 陽性が判明した日 (診断日)	20 年 月 日	
4. 療養(※)・入院の状況		
(1) 療養(※)の場合	該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> のうえご記入をお願いします。	
	<input type="checkbox"/> 自治体が発した臨時宿泊施設での療養 ● 施設名： ● 療養期間：20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 自宅での療養 ● 療養期間：20 年 月 日 ~ 20 年 月 日	
	提出書類	医療機関や保健所発行の、患者氏名・傷病名・診断日・療養(※)指示期間などの記載がある書類もあわせてご提出ください。 例：「入院(延長)勧告書」、「就業制限通知」、「入院勧告終了通知」、「就業制限解除通知」、「退所証明書」、「『My HER-SYS』の療養証明書の画面コピー」、「宿泊施設に関するご案内文書」など
(2) 入院の場合	医療機関名	
	入院期間	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日
	提出書類	医療機関発行の、患者氏名・入院期間・医療機関名などの記載がある書類もあわせてご提出ください。 例：診断書、退院証明書、領収書、診療明細書など 医療機関からの発行書類がない場合は上記「療養の場合」に記載している書類をご提出ください。

(※)「療養」とは、以下の①・②に該当する場合をいいます。

①2020年4月2日付の厚生労働省の「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養及び自宅療養の対象並びに自治体における対応に向けた準備について」等に定められている宿泊療養または自宅療養であること。

②「新型コロナウイルス感染症」に対して、本来は入院による治療が必要であったにもかかわらず、医療機関の事情により入院ができず宿泊療養または自宅療養となったこと。

ご申告いただいた内容について、追加書類のご提出をお願いする場合や、療養を指示した機関等に照会させていただく場合がございます。万が一、申告内容と異なる事実が判明した場合には、お支払いした共済金を返金いただく場合がございます。