

療養状況申立書

この申立書はMyHER-SYSの証明日の不足分を補うものです。

PCR（抗原）検査以降（MyHER-SYS診断年月日以降）はMyHER-SYSが証明となりますので検査前の申請期間のみ記入をしてください。

MyHER-SYSに申請期間が全て含まれている場合は、この申立書は不要です。

被 保 者	被保険者証 記号・番号	-	被保険者 氏名	
	PCR（抗原）検査機関			
保 険 者	検査を受けた経緯	<input type="checkbox"/> 自覚症状あり（ 年 月 日から） <input type="checkbox"/> 濃厚接触者（ 年 月 日から） <input type="checkbox"/> その他		
	PCR（抗原）検査前の申請期間について詳細にご記入ください。			
記 入 欄	申請期間 1日目 令和 年 月 日 ※MyHER-SYS診断年月日 以降は不要	体温 . °C	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 無症状
	具体的な療養状況			
	申請期間 2日目 令和 年 月 日 ※MyHER-SYS診断年月日 以降は不要	体温 . °C	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 無症状
	具体的な療養状況			
申請期間 3日目 令和 年 月 日 ※MyHER-SYS診断年月日 以降は不要	体温 . °C	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 無症状	
具体的な療養状況				
申請期間 4日目 令和 年 月 日 ※MyHER-SYS診断年月日 以降は不要	体温 . °C	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 無症状	
具体的な療養状況				

事 業 主 記 入 欄	上記内容に相違ありません。	令和 年 月 日
	事業所所在地	
	事業所名称 事業主氏名	