

国民健康保険 傷病手当金 療養状況申告書（新型コロナウイルス感染症関連）

| | | |
|----------|----------------------------|--|
| 被保険者について | 被保険者氏名 | |
| | 新型コロナウイルス感染症発生届の医師からの届出区分等 | <input type="checkbox"/> <ol style="list-style-type: none"> 1. 発生届の届出対象（重症化リスクのある方等） 2. 発生届の届出対象外 3. 自分で検査した結果陽性になり陽性者サポートセンターに登録 |

| | |
|----------|---|
| 療養状況申告内容 | 新型コロナウイルス感染症にかかる療養の状況について、詳細に記入してください。 （症状、療養期間、保健所・健康フォローアップセンター等への連絡日・担当者名・その内容、入院・宿泊療養の場合の施設名等） |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

【留意事項】

この書類は、以下に該当する場合に提出してください。

1. 発生届の届出対象の方
 - ・療養期間中に体調悪化等により保健所に連絡の上、保健所の指示により療養期間が延長し、症状が出た日を含む療養期間が9日間以上となった（入院の場合を除く）。
 - ・陽性が判明してから保健所とやり取りの上、当初より入院して療養を行っていたが、体調悪化等のため保健所の指示により療養期間（入院期間）が延長し、症状が出た日を含む療養期間が12日間以上となった。
2. 発生届の届出対象外の方、ご自身で検査した結果陽性となり陽性者サポートセンターに登録した方
 - ・療養期間中に体調悪化等により健康フォローアップセンターに連絡の上、健康フォローアップセンターの指示により療養期間が延長し、症状が出た日を含む療養期間が9日間以上となった。

※上記1・2に準ずる状況の場合にも提出してください。

※この書類を提出した場合でも、申請するすべての期間が対象となるとは限りません。

※療養期間の延長や入院の事実については、仙台市国民健康保険担当課より保健所等に別途確認する場合があります。