

※令和5年5月8日以降の新型コロナウイルス感染症にかかる傷病手当金の請求には使用できません。

新型コロナウイルス感染症による休業証明書

学校法人等名 _____

代表者名 _____

1	加入者番号	
2	加入者氏名	
3	症状の有無 ※右記に○を付し、有症状の場合は発症日を記入してください。	有症状（発症日：令和 年 月 日） 無症状
4	検査を受けた日	令和 年 月 日
5	新型コロナウイルス感染症による休業期間	(自) 令和 年 月 日 (至) 令和 年 月 日
6	厚生労働省からの療養指示期間 ※該当の期間に○を付してください。	10日間 ・ 7日間 ・ 5日間
7	復職年月日	令和 年 月 日
8	感染経路	

9. 「5. 新型コロナウイルス感染症による休業期間」と「6. 厚生労働省からの療養指示期間」が違う場合には、以下に療養指示期間外の「日付」と「日付ごとの症状」を記入してください。

なお、濃厚接触者としての休業、療養指示期間は明けたが、自己の判断又は学校法人等からの指示で念のため自宅待機した期間等は支給の対象とならないため、請求期間から除外してください。

《ご確認ください》

下記の場合も労働災害に該当する場合があります。ご請求の前に労働基準監督署にご相談ください。

- ① 業務外で感染したことが明らかである場合を除き、感染経路が「不明」でも、請求者を含め、同一事業場内で2人以上の感染が確認された場合
- ② 業務外で感染したことが明らかである場合を除き、感染経路が「不明」でも、職種が医師、看護師、介護従事者等の「医療従事者」（病院勤務の事務職員等も含む）が新型コロナウイルスに感染した場合