

## 新型コロナウイルス感染症に係る状況報告

1 対象者 記号・番号  
.....  
被保険者氏名  
.....

2 労務不能期間 自：令和 年 月 日  
.....  
至：令和 年 月 日  
.....

3 自覚症状についてご記入ください。

自覚症状があった日 令和 年 月 日  
.....

症 状 (体温) 度  
(症状)  
.....  
.....  
.....

4 検査についてご回答ください

自覚症状を相談された機関 (保健所・保健センター・帰国者・接触者相談センター等)

相談日 令和 年 月 日  
.....

検査日 令和 年 月 日  
.....

検査結果 陰性 ・ 陽性 (該当する方に○を付けてください)  
.....

その他(指示等)  
.....  
.....  
.....

以上について確認いたしました。

令和 年 月 日

事業所 所在地

名称

代表者名  
.....