

宿泊・自宅療養申告書 (新型コロナウイルス感染症用)

1 この申告書のご使用にあたって

- 次の場合、この『宿泊・自宅療養申告書』を使用いただくことができます。
 - 宿泊療養または自宅療養の期間が、厚生労働省の療養解除基準に準じた期間の範囲内であること
- この『宿泊・自宅療養申告書』をご使用の場合は次の書類を当会へご提出ください。
 - 『給付金請求書』
 - 「感染の事実」と「宿泊療養または自宅療養の開始日(診断日)」がわかる書類(写し)
 - 『宿泊・自宅療養申告書』

2 療養内容記入欄

被保険者名 (療養された方)		男 ・ 女	昭和・平成・令和 年 月 日生
傷病名		新型コロナウイルス感染症	
宿泊療養	開始日 (※1)	年 月 日	※1:新型コロナウイルス感染症 と診断された日
	終了日 (※2)	年 月 日	
自宅療養	開始日 (※1)	年 月 日	※2:厚生労働省の療養解除基準 に準じた日
	終了日 (※2)	年 月 日	

重症化リスクの確認 (開始日が2022年9月26日以降の場合、下記のあてはまる口に✓を入れてください)

- 65歳以上の方 入院を要する方 妊娠されている方
重症化リスクがあり、新型コロナウイルス感染症の治療薬の投与または、新型コロナウイルス感染症の罹患により酸素投与が必要な方

注: お支払いの対象は、全国一律で発生届の対象となる上記のいずれかにあてはまる方に限ります。
 岩手県独自の「基礎疾患や症状により医師が健康観察を必要と判断した方」はお支払いの対象外です。

上記記載事項は事実に相違ありません。万一事実と異なる場合には給付金を返還します。
 本件に関し、貴会が必要と判断する事項について医療機関・保健所等に照会を行うことに同意します。

申告日 年 月 日

保険契約者(給付金受取人)

印

※保険契約者以外の方がご記入の場合

保険契約者との続柄 (配偶者・子・)

法定代理人 (親権者・後見人)

印