

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

1. 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。
- ① 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
※有症状の場合:10日間 無症状の場合:7日間
2. 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。
- ① 『給付金請求書』
 - ② 「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)
 - ③ 『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	
	終了日 (※2)	年 月 日	
自宅療養	開始日 (※1)	年 月 日	
	終了日 (※2)	年 月 日	
※1: 新型コロナウイルス感染症と診断された日 ※2: 厚生労働省の療養解除基準に準じた日 (保健所等から連絡のあった終了日)			
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・.....)		_____ (印)	
法定代理人 (親権者・後見人)		_____ (印)	