

就業状況証明書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者氏名		症状が出た日	年	月	日	
	医師等に相談した日	年	月	日	(時頃)		
	相談医療機関等の名称 <small>(帰国者・接触者相談センター の場合はその旨記入)</small>						
	相談した内容						
	相談内容に対する 医療機関等の指示等						
	事業所への連絡日	年	月	日	(時頃)		
	連絡した内容						
	新型コロナウイルス感 染症に感染又は疑い等 のため欠勤した期間	年	月	日	から		
		年	月	日	まで		
上記のうち無給又は給 与が減額された日 <small>(すべて記入)</small>							

事 業 所 記 入 欄	年 月 日						
	上記の内容は、当事業所において把握している内容と相違ないことを証明します。						
	事業所所在地 _____						
	事業所名 _____						
	代表者氏名 _____ 印						
担当者氏名			電話番号				