　「③症状」欄記入用紙（新型コロナウイルス感染症による傷病手当金）

「申請書その４（医療機関記入用）」や療養期間の記載がある「療養証明書」などがない場合にご記入いただく、「申請書その２（被保険者記入用）」「③症状」欄記入用の用紙です。こちらを使用するときは、「③症状」欄は、「別紙のとおり」と記入してください。

**岸和田市国民健康保険　被保険者氏名（　　　　　　　　　　　　　　　　）**

該当ない箇所は、記入不要です。□欄は、当てはまる所にチェックをいれてください。

1. **症状**
   * １. 下記の症状が出た（当てはまる症状にチェックを入れてください）

症状が出た日　　　 　令和　　　年　　　月　　　日

症状が続いた期間の最終日　　　令和　　　年　　　月　　　日

　□ 37.5度以上の発熱　□ 息苦しさ（呼吸困難）　□ 強いだるさ（倦怠感）

　□発熱や咳などの比較的軽い風邪症状が続く

* + ２.（1.）以外の症状（陽性の場合のみ申請対象）
  + ３. 症状が出なかった（陽性の場合のみ申請対象）

1. **検査実施日（ＰＣＲ検査・抗原検査・血液検査など）**
   * + 1. 令和　　　年　　　月　　　日
       2. 令和　　　年　　　月　　　日
2. **検査結果日**
   * + 1. 令和　　　年　　　月　　　日　　　　□陽性　 □陰性
       2. 令和　　　年　　　月　　　日　　　　□陽性　 □陰性
3. **保健所や医療機関から指定された療養期間など**

令和　　　年　　　月　　　日　～　令和　　　年　　　月　　　日

□　保健所

□　医療機関（医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　）

1. **その他**

【問合】岸和田市

健康保険課　保健給付担当　　☎072－423－9457