

新型コロナウイルス感染症陽性結果確認書類

請求人氏名		
所属事業場名称		
療養経過	抗原検査陽性 検査日 年 月 日	
	症状 有 無 (有の場合その内容)	
検査キット情報 (陽性結果時の検査 キットの写真を添付)	商品名 (購入先)	
	製造会社名	
	承認番号	
備考		

注1) この用紙は、検査機関から陽性結果通知書等を得られない場合に、労災保険の休業補償給付支給請求書に添付いただく書類です。

注2) 検査キット情報は、分かる範囲で記入してください。

注3) 検査結果の判定ラインがはっきりと確認できる写真を添付してください。

注4) 検査キットの写真を添付できない場合は、その理由を備考欄に記入してください。