※ 職員記入欄（記入しないで下さい）

□ 第６号の１ ・ □ 第６号の５

　傷病年月日： 令和　 年 　月 　日

（□初診日・□検査日・□発症日）

労災保険給付の請求が行われると、労働基準監督署では、労災保険給付を行うことができるかを判断する　ために必要な調査を行うことになっています。調査を行うに当たり、請求人及び使用者の方から詳しくお話を お聴きすることになりますが、事前に申立書を提出していただければ、聴取を省略できる場合がありますので、本申立書を作成していただき、請求時に労働基準監督署への提出をお願いしています。

なお、本申立書は、労災保険給付の決定のためだけに使用するものであることを申し添えます。

**新型コロナウイルス感染症に係る「申立書」の提出についてのお願い**

申　　立　　書

１　新型コロナウイルス感染症に関する治療の経過について（該当する項目に☑を記してください）

（１）症状が出現した日（発症日）、出現した症状について

　　　　　症状出現日　　 令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　出現した症状

（２）検査の実施状況について

① 検査実施日：令和　 年 　月 　日

検査方法：　□ PCR検査 ・ □ 抗原検査 ・ □ その他（　　　　　　　　）

検査機関：　□ 医療機関（医療機関名：　　　　　　）・ □ その他（検査場所：　　　　　）

検査結果：　□ 陽性 ・ □ 陰性

② 検査実施日：令和　 年 　月 　日

検査方法：　□ PCR検査 ・ □ 抗原検査 ・ □ その他（　　　　　　　　）

検査機関：　□ 医療機関（医療機関名：　　　　　　）・ □ その他（検査場所：　　　　　）

検査結果：　□ 陽性 ・ □ 陰性

**※ 陽性結果通知 等、陽性が確認できる書類の写しを添付してください。**

（３）治療の経過について（医療機関へ受診した場合のみ記入してください）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医 療 機 関 名 称 | 受 診 期 間 | 病 名 |
| （初診） | 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 |  |
|  | 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 |  |

２　**業務における**状況について（該当する項目に☑を記してください）

1. 発症前おおむね**７日間**における事業場での新型コロナウイルス感染者（請求人以外の感染者）の

有無について

□ 有　　　　　□ 無 　　　　 □ 不明

1. 発症前おおむね**７日間**における新型コロナウイルス感染者との接触の有無について

□ 有　　　　　□ 無 　　　　 □ 不明

（３）（２）で「有」の場合、その感染者に接触した状況について（いつ、どこで、誰に、どのように接触

したのか）

３　**業務以外における**状況について（該当する項目に☑を記してください）

1. 家族など（友人・知人含む）、身の周りにおける新型コロナウイルス感染者の有無について

□ 有　　　　　□ 無 　（「無」の場合は（３）へ）

（２）（１）で「有」の場合、その感染者との続柄又は関係性、同居・別居の状況、症状の出現時期（請求人とその感染者の症状が出現した時期の先後）、その感染者の検査の実施状況（検査日、検査結果）について

また、発症前おおむね**７日間**におけるその感染者との接触の状況について

（３）発症前おおむね**７日間**における業務以外の時間（就労時間以外、休日）の行動履歴（買い物、外食等）について（いつ、どこへ、誰と、どのような行動をしたのか）

４　本件の発症に関する意見について（該当する項目に☑を記してください）

（１）事業場内で感染（労働環境下の業務での感染）したといえるか

　　　　　　　□ はい　　　　　□ いいえ

（２）（１）の意見とした理由について（（１）で「はい」の場合は業務との関連性について）

　上記のとおり申し立てます。

令和　　年　　月　　日

　　　　　 　　労働基準監督署長　　殿

　　　請求人氏名

事業場名称

事業場所在地　　　　　　　　　　　　　　 作成者　部署・氏名

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　 連絡先