アイシン健康保険組合御中

傷病手当金申請用　コロナ自宅療養証明書

（病院・保健所・マイハーシスでの証明ができない場合）

以下対象者は、コロナウイルス感染により、自宅での療養・待機の指示が出され、
会社として本人の体調への配慮および社内感染拡大防止の観点から、
以下の期間、療養に専念いただくよう指示をしたことを証明します。

１．証明内容

対象者 氏名	
対象者 氏名コード	
自宅療養期間 （証明期間）	年　　月　　日　～　　年　　月　　日

※上記期間に基づいて傷病手当金の支払額が計算されます。
　コロナ療養のため会社が指示した期間（欠勤）をご記入ください。

２．証明者の情報

記入日	年　　月　　日
会社名	
部署名	
氏名	

GM・課長

電子印可