

※受取人が複数人となる場合は別紙様式1-2を併せてご使用下さい。

(注) 1. この支払請求書は2部、都道府県消防協会(1部は日本消防協会用)へ提出して下さい。
2. 支払済済金の種類に応じて、該当する死亡診断書、障害診断書、入院証明書等の必要書類を添付して下さい。
3. 遺族優待金等請求時に受取人が複数となり、分割請求される場合、受取人の2人目以降は、別紙様式11-2に記入して下さい。

以下の欄は記入しないでください。

[illegible]

令和 年 月 日

消防団員等福祉共済入院見舞金請求に係る新型コロナウイルス感染症専用状況報告書

下記の記載事項は事実と相違ありません。

消防団員等福祉共済加入者(受取人)氏名 南砺 太郎 押印必要 印

<ご記入上の注意事項>

- 必ず消防団員等福祉共済加入者が直筆でご記入ください。
- 本書類に保健所等が発行した証明書類を添付してください。My HER-SYSで印刷したものでも可
- 療養期間の開始日は、陽性判明日またはそれ以降の日で、かつ医師や保健所等の公的機関により療養開始を指示された日をご記入ください。
- 療養期間が7日未満の場合は支給対象外となりますのでご注意ください。
- 以下の記載内容と異なる事実が判明した場合には、給付金をお支払いできないこととなりますのでご注意ください。

加入団体名	南砺市消防団	フリガナ	ナント タロウ
		加入者氏名	南砺 太郎
傷病名	新型コロナウイルス感染症		
発症日	令和 年 月 日		
発症から陽性判明、療養に至る経過及び症状などをご記入ください。			
〇月〇日、職場でコロナ感染者と接触し検査が必要となり、〇月〇日に			
〇〇病院へ受診する。PCR検査の結果、陽性と判断された。			
療養中はのどの痛み、せき症状がみられた。			
療養の状況について、以下の該当する項目をご記入ください。			
療養の場合	自宅での療養		
	療養期間	R 年 月 日 ~ R 年 月 日 (療養日数 10 日)	
	臨時施設(指定されたホテルなど)での療養		
	療養期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (療養日数 日)	

上記について、事実と相違ないことを証明いたします。

市区町村長 ・ 消防長 ・ 消防団長

(氏名)

(公印)



(表示日時 : 2022/9/27 18:06)

氏名 :
生年月日 :
HER-SYS ID :

傷病名 : 新型コロナウイルス
(COVID-19) 感染症
診断年月日 : 2022年8月22日
担当保健所 : 砺波厚生センター

(注) 現行の療養期間は、下記URL先の「陽性だった場合の療養解除について」をご参照ください。

<https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/kenkou-iryousoudan.html>

(注) 療養期間は、当該感染症の感染性を有すると考えられる期間であって、症状を有した期間とは必ずしも一致しません。

ホーム画面へ戻る