

年 月 日

新型コロナウイルス感染症専用状況報告書

(令和5年5月8日以降に医療機関で陽性と診断された方用)

<対象となる方>

- ① 医療機関で陽性と診断され、医師に入院を要すると診断された加入者
- ② 医療機関で陽性と診断され、医師から入院を要するとの診断はされていないが、やむを得ない事情により外出を控え、自宅等で療養せざるを得なかった加入者

<添付していただく書類>

- ・ 医師が新型コロナウイルス感染症と診断したことが確認できる診断書
- ・ 医師が入院を要すると診断したことが確認できる診断書 (対象となる方①のみ)

下記の記載事項は事実に相違ありません。

消防団員等福祉共済加入者(受取人)氏名

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。
- 療養期間は自宅等での療養開始日から療養終了日までを記入してください。
- 療養期間が7日未満の場合は支給対象外となります。
- 記載内容に疑義がある場合や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	フリガナ	
	加入者氏名	
傷病名	新型コロナウイルス感染症	
発症日	年 月 日	
自宅等での療養期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (療養日数 日)	
自宅等の療養に至る経緯や療養期間中の症状及び状況などをご記入下さい。なお、対象となる方②については医師からどのように言われていたのかや、やむを得ない事情の詳細についても併せて記入してください。		

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)