

令和 年 月 日

東京貨物運送健康保険組合 理事長 殿

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

新型コロナウイルス感染症に関する証明書

記号： 番号： 被保険者氏名：
業務内容：

上記の者において、新型コロナウイルス感染症の感染経過及び感染経路等について下記の通り証明いたします。

【感染経過】

年 月 日	経 過 （ 出勤状況、自覚症状、体温、病院診察、検査方法・結果、 入院・退院、自宅療養、就業制限・解除、症状軽快等 ）

●感染経路 . . .

●勤務先でのクラスター発生状況。（どちらかに丸を記入してください。） クラスター： 有 ・ 無