別紙

新型コロナウイルス感染症対象者一覧

事業所名：

番号	氏名	ふりがな	被保険者番号	性別	サービス提供開始日	年齢	保険者名	要介護（支援）度	発症日（無症状の場合は検体採取日）及び症状の程度等