

# 《 記入例① 終了日が記載不要な場合 》

令和 4 年 8 月 10 日

## 宿泊・自宅療養証明請求書

寝屋川市保健所長 様

新型コロナウイルス感染症の療養していた旨の証明を請求します。

申請者の氏名： 保 健 太 郎

〒 572-0838

申請者の住所： 寝屋川市八坂町 28-3

患者との関係： 父

電話番号： 072-829-1210

ふりがな	ホケン ハナコ	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
患者の氏名	保 健 花 子		
生年月日	大正・昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成・令和 30 年 4 月 2 日		
住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 同上（申請者と同じ場合はチェックしてください。） 〒		
備考			

※生命保険協会及び日本損害保険協会では、保険金請求の際に必要な療養証明書について、厚生労働省の療養解除基準に準じた期間の範囲内であれば、終了日は記載不要とされていますので、これに該当する場合は療養証明書に原則療養期間の終了日を記載いたしません。詳しくは請求先の保険会社等にご相談ください。

※下記項目「不要・必要」のいずれも選択がなく、療養期間が療養解除基準に準じた期間以内の場合は、療養証明書に終了日を記載いたしませんのでご注意ください。

療養期間の終了日の記載（以下のいずれかに○をしてください。）	
必 要	<input checked="" type="radio"/> 不 要（記入項目は以上です）



終了日の記載が必要な場合のみ、下記項目に回答してください。

症 状	症状の有無を下記にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> 症状あり
	発症日を記載してください。（「症状あり」の方のみご記載ください。） 令和 年 月 日
療養期間の 終了日	令和 年 月 日（証明書に終了日が必要な方のみご記載ください。）

※証明書の療養期間開始日は診断日になります。

※入院期間の証明は、病院へお問い合わせをお願いいたします。

# 《 記入例② 終了日が記載必要な場合 》

令和 4 年 8 月 10 日

## 宿泊・自宅療養証明請求書

寝屋川市保健所長 様

新型コロナウイルス感染症の療養していた旨の証明を請求します。

申請者の氏名： 保 健 太 郎  
〒 572 - 0838

申請者の住所： 寝屋川市八坂町 28-3

患者との関係： 父

電 話 番 号： 072-829-1210

ふりがな	ホケン ハナコ	性 別	男 ・ 女
患者の氏名	保 健 花 子		
生年月日	大正・昭和 平成・令和 30 年 4 月 2 日		
住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 同上（申請者と同じ場合はチェックしてください。） 〒		
備考			

※生命保険協会及び日本損害保険協会では、保険金請求の際に必要な療養証明書について、厚生労働省の療養解除基準に準じた期間の範囲内であれば、終了日は記載不要とされていますので、これに該当する場合は療養証明書に原則療養期間の終了日を記載いたしません。詳しくは請求先の保険会社等にご相談ください。

※下記項目「不要・必要」のいずれも選択がなく、療養期間が療養解除基準に準じた期間以内の場合は、療養証明書に終了日を記載いたしませんのでご注意ください。

療養期間の終了日の記載（以下のいずれかに○をしてください。）	
<input checked="" type="radio"/> 必 要	<input type="radio"/> 不 要（記入項目は以上です）

↓ 終了日の記載が必要な場合のみ、下記項目に回答してください。

症 状	症状の有無を下記にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 症状なし <input checked="" type="checkbox"/> 症状あり
	発症日を記載してください。（「症状あり」の方のみご記載ください。） 令和 4 年 8 月 1 日
療養期間の 終了日	令和 4 年 8 月 11 日（証明書に終了日が必要な方のみご記載ください。）

※証明書の療養期間開始日は診断日になります。

※入院期間の証明は、病院へお問い合わせをお願いいたします。