

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：
〒 _____

申請者の住所：_____

患者との関係：_____

電話番号：_____

ふりがな		性別	男・女
患者の氏名			
生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日		
住 所	□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（以下いずれかに○をしてください。）	
必 要	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。 □症状なし □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。