

令和 年 月 日

能登北部 保健所長 様

申請者： _____
 郵便番号： _____
 申請者住所： _____
 連絡先： _____

新型コロナウイルス感染症 療養証明発行申請書

下記対象者の自宅療養証明書の発行をお願いします。

証明 対象 者	1	氏名（フリガナ）			
		生年月日		性別	
		住所		続柄	
	2	氏名（フリガナ）			
		生年月日		性別	
		住所		続柄	
	3	氏名（フリガナ）			
		生年月日		性別	
		住所		続柄	
	4	氏名（フリガナ）			
		生年月日		性別	
		住所		続柄	
	5	氏名（フリガナ）			
		生年月日		性別	
		住所		続柄	
(申請理由) 【例】保険請求に必要なため					

【注意事項】（申請前に必ずご確認ください。）

- ・療養期間終了後に申請を行ってください。
- ・保健所が証明できる期間は、**診断日から療養終了日まで**です。
（診断日は、発症日とは異なる場合があります。）
- ・個別の保険会社等の様式での証明書の発行はできません。
- ・宿泊療養期間及び医療機関での入院期間については、宿泊施設及び入院医療機関にお問い合わせください。