

金沢市保健所長 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 自宅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			
	2	氏名 (フリガナ)			
		生年月日		性別	
		住所			
	3	氏名 (フリガナ)			
		生年月日		性別	
		住所			
	4	氏名 (フリガナ)			
		生年月日		性別	
		住所			
(申請理由) 【例】保険請求に必要なため <small>※新型コロナウイルス感染症に複数回感染した方は、証明を希望する感染時期を記載してください。</small>					

【注意事項】 (申請前に必ずご確認願います。)

- ・療養期間終了後に申請を行ってください。
- ・申請ができるのは本人とその保護者です。
- ・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。