証明書発行依頼書

　保険金請求等の目的により、同封の療養等証明書発行を依頼します。

　該当箇所に「○」または、記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　　　　　名 |  |
| 性　　　　　別 | （ 男 ・ 女 ） |
| 生 年 月 日 | 昭和・平成・令和　　年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 住　　　　　所 | 〒  　品川区 |
| 電　話　番　号 | （　　　　　） |
| 診 　 断　 日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 診断医療機関名 |  |
| 自宅療養期間 | 令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日 |
| 宿泊療養期間 | 令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日 |
| 宿泊療養機関名 | 施設名称：  住　　所：  電話番号： |

　　（記入日　令和　　年　　月　　日）