

## 自宅療養証明書発行申請書

保険金請求等の目的により、自宅療養証明書の発行を申請します。

該当箇所に「○」または、記入してください。

フリガナ	
氏 名	
生年月日	昭和・平成・令和      年      月      日（      歳）
住 所 (※療養時 の住所)	〒  品川区  (建物名を必ず記載してください)  ※療養時の住所と異なる住所に証明書の送付を希望される場合は、 その旨と送付先住所を余白等にご記入ください。
電話番号	(      )  (平日昼間連絡がつく電話番号を記載してください)
診 断 日	令和      年      月      日  診断医療機関名： _____
必要枚数	(      ) 枚

(記入日      令和      年      月      日)

- ※ 保健所書式以外による証明書を希望する場合は、証明書書式を必ず同封してください。  
同封されていない場合は、保健所書式で証明書を作成いたします。
- ※ 保健所が証明する期間の開始日は、医療機関が新型コロナウイルス感染症と診断した日です。  
濃厚接触者となって自宅待機を始めた日や、保健所が確認した療養期間終了後、自己の判断により療養を継続した期間は含まれません。