

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)