

療養証明書発行申請書

申 請 日	令和		年		月		日	
フリガナ								
申請者の氏名								
患者との関係	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 本人以外（						）
申請者の住所	〒							
	-							
電話番号			-			-		
送 付 先	<input type="checkbox"/> 申請者	<input type="checkbox"/> 患者	※チェックがない場合は申請者に送付します。					

新型コロナウイルス（COVID 19）感染症に関する療養証明書を申請します。

※申請者が患者本人の場合は、氏名、住所は省略可

フリガナ				〒			-	
患者の氏名				住 所				

生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 令和		年		月		日
	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 西暦						
症 状 の 有 無	<input type="checkbox"/> 症状があった				<input type="checkbox"/> 症状はなかった				
症 状 が 発 生 し た 日 (症状がなかった場合は記入不要)	令和		年		月		日	診 断 さ れ た 医 療 機 関 名	
HER-SYS ID							※ わからない場合は書かないでください。		

※申請は療養終了後に療養を受けた方またはその保護者等が行ってください。

※該当するをチェック（レ）してください。

※証明できる療養期間は発生届の診断日から療養期間中の厚生労働省通知に基づく療養期間の最終日までとなります。
(発症日からではありません。)

この申請書は、下記送付先に郵送してください。

【送付先】

〒578-0941 東大阪市岩田町4-3-22-300

東大阪市保健所 感染症対策課 証明書発行担当 宛