

疑似症患者（みなし陽性者）用

令和 年 月 日

山形県置賜保健所長 殿

請求者 住所
氏名
電話番号
患者との関係

疑似症患者（みなし陽性者）の療養証明に関する請求書

新型コロナウイルス感染症の疑似症患者（みなし陽性者）として、下記の期間療養したことの証明書を求めます。

記

1 疑似症患者（みなし陽性者）の氏名

2 療養した期間

令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで

3 確認を求める理由

※ 記入方法等は裏面をご参照ください。
※ この請求書を受理後、通知書発行まで数日かかります。

この例を参考に記入のうえ、
次の宛先に郵送(または持参)してください。
※請求書受理から発行まで、数日かかりますので
ご了承ください。

令和 年 月 日

〒992-0012
山形県米沢市金池 7-1-50
置賜保健所保健企画課 感染症対策担当 あて

山形県置賜保健所長 殿

この請求書を提出する日付を記入

請求者 住所 米沢市〇〇〇〇 1-2-3
氏名 山形太郎
電話番号 0238 - 〇〇 - 〇〇〇〇
患者との関係 父

保護者の方が請求する場合、
「父」「母」「後見人」等とご記入ください。

疑似症患者（みなし陽性者）の療養証明に関する請求書

新型コロナウイルス感染症の疑似症患者（みなし陽性者）として、下記の期間
療養したことの証明書を求めます。

記

1 疑似症患者（みなし陽性者）の氏名

山形花子

2 療養した期間

令和 4年 6月 15日 から 令和 4年 6月 24日まで

3 確認を求める理由

(例) 保険請求のため

親の職場に提出するため など

保健所から「みなし陽性」と判定を受けた日を始期に、
療養が終了した日を終期に書いてください。
(はっきりしない場合は空欄で結構です)