

新型コロナウイルス感染症に係る療養証明申請書

令和 年 月 日

村山保健所長 様

新型コロナウイルス感染症に関する療養証明書を申請します。

(フリガナ) 対象者氏名	()	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月 日
対象者住所 連絡先	〒 -	Tel (- -)	
申請理由	<input type="checkbox"/> 保険請求のため <input type="checkbox"/> 職場に提出するため <input type="checkbox"/> その他 ()		
療養証明書の 送付先 ※対象者または申請者の 住所に限ります	<input type="checkbox"/> 「対象者住所」と同じ <input type="checkbox"/> 「対象者住所」と異なる (⇒以下に記載してください)		
	(フリガナ) 申請者氏名	()	
	【対象者との関係：】 (例：本人、配偶者、子、父母、祖父母、施設職員、相続人等)		
	申請者住所	〒 -	
連絡先 ※必ず記載してください	電話番号	-	-

- ※ 本申請書 1 枚につき 1 名申請してください。
- ※ 療養期間中の申請はできませんので、療養期間終了後に申請願います。
- ※ 証明書が複数必要な場合はコピーして使用願います。
- ※ 療養証明書の証明内容は、新型コロナウイルス感染症と診断された日です（診断日＝発症日ではありません）。
- ※ 療養解除後に自己判断で自宅療養を継続した期間がある場合については、その期間を証明することはできません。

【申請書送付先】

右記の住所まで、切手を貼付の上、郵送してください。

〒990-0031
山形県山形市十日町一丁目6番6号
村山保健所 保健企画課
療養証明書発行担当 行