

令和 年 月 日

愛媛県四国中央保健所長 宛

申請者 氏 名
(療養をした者との関係 :)
住 所 〒

電話番号 Tel - -

新型コロナウイルス感染症に係る「療養証明書」発行申請書

新型コロナウイルス感染症に係る「療養証明書」の発行を申請します。

(フ リ ガ ナ) 療 養 を し た 者	カ ナ ()
生 年 月 日	大正 昭和 年 月 日 平成 令和
証 明 書 郵 送 先 住 所 (申請者住所と異なる 場合のみ、理由とともに ご記入ください。)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 (理由 :)
陽性が判明した日	令和 年 月 日

以下は、今回の申請に係る療養についてわかる範囲でご記入ください。

医療機関への入院	<input type="checkbox"/> 有 (医療機関名 :) <input type="checkbox"/> 無
宿泊療養施設の利用	<input type="checkbox"/> 有 (施設名 :) <input type="checkbox"/> 無

※療養証明書は療養した本人に対して1通のみ発行します。2通以上の発行や紛失等を理由とする再発行については対応しませんので、ご承知ください。

※申請者は、療養した本人又はその保護者等としてください。

上記以外の者が申請する場合は、委任状(書式は任意)の提出が必要です。

※「療養証明書」発行申請書記載例

令和 年 月 日

愛媛県四国中央保健所長 宛

申請者 氏名 愛媛 太郎
(療養をした者との関係： 本人)
住所 〒0000-0000
四国中央市00町000番地
電話番号 Tel 0896-28-0000

新型コロナウイルス感染症に係る「療養証明書」発行申請書

新型コロナウイルス感染症に係る「療養証明書」の発行を申請します。

(フ リ ガ ナ) 療養をした者	カ ナ (エヒメ タロウ) 愛媛 太郎
生 年 月 日	大正 昭和 〇〇年 〇月 〇日 平成 令和
証明書郵送先住所 (申請者住所と異なる 場合のみ、理由とともに ご記入ください。)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒0000-0000 四国中央市000町00番地 【理由記載例】 (理由：仕事で単身赴任しているため。)
陽性が判明した日	令和 年 月 日

以下は、今回の申請に係る療養についてわかる範囲でご記入ください。

医療機関への入院	<input type="checkbox"/> 有 (医療機関名：) <input checked="" type="checkbox"/> 無
宿泊療養施設の利用	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (施設名： ホテル〇〇) <input type="checkbox"/> 無

<新型コロナウイルス感染症に係る「療養証明書」発行申請における留意事項>

【宛先】 〒799-0404 四国中央市三島宮川4丁目6番55号
愛媛県四国中央保健所療養証明書発行担当 宛
(封筒表面に「療養証明書発行申請書 在中」と明記願います。)

- 療養期間が終了してから申請を行ってください。
なお、宿泊療養又は自宅療養の期間が10日以内である場合には、「療養終了日」の記載を省略させていただきます。
- 個人情報に関わることから、申請はご本人及びその保護者等に限ります。
それ以外の方が申請される場合は、委任状(様式任意)が必要です。
- 保険会社の様式による証明は対応していません。
- 発行手続きのため、証明書発送までに1か月程度お時間を頂く場合があります。