

# 「新型コロナウイルス感染症に係る療養について」発行申請書

※この申請書は、東京都日野市・多摩市・稲城市の市内で療養されていた方が対象です。  
※令和5年5月8日以降に陽性と診断された方、発生届の届出対象外の方（医療機関からの届出がない方、御自身で陽性者登録センターに登録された方等）は証明を行うことができません。

東京都南多摩保健所あて

## 申請者

|                                 |                                   |  |
|---------------------------------|-----------------------------------|--|
| フリガナ<br><b>申請者の氏名</b>           |                                   |  |
| <b>申請者の電話番号</b><br>※保健所からのお問合せ先 | <b>携帯電話</b>                       |  |
|                                 | <b>固定電話</b>                       |  |
| <b>療養者との続柄</b>                  | 本人 ・ 本人以外（                      ） |  |

## 申請にあたっての確認事項（確認しましたらチェックを入れてください）

※チェックの入っていない申請は無効となります。

|  |                                 |
|--|---------------------------------|
| 申請書は療養者お一人につき1枚作成してください。   | <input type="checkbox"/> 了解しました |
| 令和5年5月8日以降に陽性と診断された方、発生届の届出対象外の方（医療機関からの届出がない方、御自身で陽性者登録センターに登録された方等）は証明を行うことができません。   | <input type="checkbox"/> 了解しました |
| 療養期間の延長がない場合には療養終了日の記載を省略させていただきます。療養期間の延長があった場合は下記に経過及びその理由を記入してください。なお、理由を記入していただいた場合でも医療機関等で内容が確認できない場合には書面に記載出来ない場合がありますのでご了承ください。 | <input type="checkbox"/> 了解しました |
| 証明は療養者ごとに、療養時に登録された住所に送付します。異なる住所へ送付する場合は下記に理由を記載してください。   | <input type="checkbox"/> 了解しました |
| 保険会社等の所定の様式には記入しておりません。都保健所様式での発行となります。  | <input type="checkbox"/> 了解しました |
| 保健所からお送りするお知らせは療養者お一人につき1通です。複数枚必要な場合にはコピーを取ってご使用ください。   | <input type="checkbox"/> 了解しました |

## 申請にあたり記載していただく事項

|  |   |     |
|--|---|-----|
| フリガナ<br><b>療養者氏名</b><br>※申請者と同一の場合は記入不要              |   |     |
| <b>療養者住所</b><br>※療養時に登録された住所                         | 〒   |     |
| <b>療養者生年月日</b>                                       | 年   | 月 日 |
| <b>療養した時期</b>  | 年   | 月 頃 |
| <b>療養期間の延長があった場合の経過及びその理由</b><br>※療養した期間の延長がない方は記入不要 | ※理由を記入していただいた場合でも医療機関等で内容が確認できない場合には書面に記載出来ない場合があります。 |     |
| <b>送付先変更</b><br>※療養者の療養中の登録住所と異なる場合に記載してください。        | <b>理由</b>   |     |
|  | <b>送付先</b>  | 〒   |
|  | <b>宛名</b>   |     |