

療養証明書発行申請書

兵庫県管轄健康福祉事務所長 様

申請者 住所（郵送先）

氏名

（療養した方との関係： 本人 ・ （ ）

電話番号

メールアドレス

新型コロナウイルス感染症に関する療養証明書の発行を希望します。

ふりがな			
療養した方の氏名	申請者と同じ ・ （ ）		
療養した方の住所	申請者と同じ		
療養した方の生年月日	西暦	年	月 日 生まれ
陽性判明日	令和	年	月 日
陽性判明医療機関	（医療機関のある住所 市）		
発症日	令和	年	月 日
療養先及び期間			
※療養先が複数ある場合は、療養先2以降に分けてご記載ください。			
療養先見本	自宅、宿泊、入院、その他（ ）	4月 1日 ~ 4月 8日	
療養先1	自宅、宿泊、入院、その他（ ）	月 日（診断日）~ 月 日	
療養先2	自宅、宿泊、入院、その他（ ）	月 日 ~ 月 日	
療養先3	自宅、宿泊、入院、その他（ ）	月 日 ~ 月 日	
療養先4	自宅、宿泊、入院、その他（ ）	月 日 ~ 月 日	
療養期間満了日	※管轄健康福祉事務所もしくは自宅療養者等相談支援センターと相談の上、療養期間が延長になった場合のみご記載ください。 （療養期間が発症日から10日以内の場合は記載不要です）		
	令和	年	月 日