

別紙

## 自宅療養証明書等発行依頼書

保険金請求等の目的により、自宅療養証明書等発行を依頼します。

該当箇所に「○」または、記入してください。

依頼は療養を受けた方またはその保護者が行ってください。

※保健所で管理する健康観察情報を元に、療養期間の修正をすることがあります。

|                            |  |                         |
|----------------------------|--|-------------------------|
| 届出要件の確認<br>※該当項目に☑をつけてください | <input type="checkbox"/> 65 歳以上 <input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 重症化リスクがあり、かつ新型コロナ治療薬の投与が必要<br><input type="checkbox"/> 重症化リスクがあり、かつ新型コロナ罹患により酸素投与が必要<br><input type="checkbox"/> 令和4年9月25日以前に医療機関等で診断を受けた |                         |
| フリガナ                       |  |                         |
| 氏名                         |  |                         |
| 生年月日（西暦）                   | 年 月 日（ 歳）  |                         |
| 自宅療養期間中の所在地                | 〒<br>墨田区   |                         |
| 現住所<br>（書類の送付先）            | <input type="checkbox"/> 同上  | ※自宅療養期間中の所在地と異なる場合<br>〒 |
| 電話番号                       | （ ）  |                         |
| 診断日                        | 令和 年 月 日   |                         |
| 診断医療機関名                    |  |                         |
| 自宅療養期間                     | ※自宅療養開始日は発症日（無症状の方は検体採取日）からです。<br>令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日  |                         |
| 自宅療養期間が延長となった理由            | 上述の自宅療養期間が厚生労働省の定める基準を超える場合は、必ず理由を御記入ください。「熱は引いたが軽い咳や喉の痛みがあるので自主的に療養していた」等要件を満たさない場合や理由が未記入の場合は、審査の上、期間を修正することがあります。<br>〔理由〕   |                         |

（記入日 令和 年 月 日）