

令和 年 月 日

新型コロナウイルス感染症における自宅療養証明申請書

江戸川保健所長

申請者氏名 _____
(療養を受けた方との続柄 _____)

住 所 _____

電 話 番 号 _____

私は新型コロナウイルス感染症にり患し、下記のとおり自身による自宅療養を行ったため、証明書の交付をお願いします。

記

- ふりがな
- 療養者氏名 _____
 - 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
※西暦でご記入ください。
 - 送付先住所 〒 _____ - _____
※郵便番号からご記入ください。
 - HER-SYS ID _____
※分かる場合にご記入ください。(7桁もしくは8桁の番号)
 - 証明書請求理由 (該当にレ点をお願いします。)
 保険請求 職場 (学校) 復帰証明
 その他 (_____)

※申請は療養を受けた方またはその家族のみができます。

※『**診断日**』を記載した証明書です。

※現在療養中の方は申請いただけません。療養解除後に申請くださいますようお願いいたします。

令和 4 年 4 月 1 日

新型コロナウイルス感染症における自宅療養証明申請書

江戸川保健所長

申請者氏名 江戸川 太郎
(療養を受けた方との続柄 **本人**)

住 所 江戸川区中央 4-24-19

電 話 番 号 03-5661-2476

私は新型コロナウイルス感染症にり患し、下記のとおり自身による自宅療養を行ったため、証明書の交付をお願いします。

記

- 1 ふりがな **えどがわ たろう**
療養者氏名 江戸川 太郎
- 2 生年月日 2000 年 1 月 1 日
※西暦でご記入ください。
- 3 送付先住所 〒132-8507 江戸川区中央 4-24-19
※郵便番号からご記入ください。
- 4 HER-SYS ID 1234567
※分かる場合にご記入ください。(7桁もしくは8桁の番号)
- 5 証明書請求理由 (該当にレ点をお願いします。)
 保険請求 職場 (学校) 復帰証明
 その他 ()

※申請は療養を受けた方またはその家族のみができます。

※『診断日』を記載した証明書です。

※現在療養中の方は申請いただけません。療養解除後に申請くださいますようお願いいたします。