

年 月 日

療養証明書発行申請書

(あて名)
松山市保健所長

申請者氏名：

電話番号：

※申請は療養を受けた方本人または保護者、相続人が行ってください。

申請者と感染者の関係：以下に○をつけてください。

(本 人 保護者 相続人)

新型コロナウイルス感染症に関し、療養証明書の発行を申請します。

(ふりがな)	
1. 療養を受けた方の氏名	
2. 療養を受けた方の生年月日	年 月 日
3. HER-SYS ID	
4. 証明書送付先	郵便番号
	住 所
	方 書

※ 療養期間10日以内の場合、終了日の記載はありません。(生命保険協会及び日本損害保険協会では、宿泊療養又は自宅療養の期間が、10日間の範囲内であれば、開始日の証明に基づき支払いを行い、終了日の証明は求めないような取り扱いを行っています。)

※ HER-SYS IDとは、療養期間開始時期にショートメールで送付した8桁のIDのことです。

※ 個別の保険会社の様式での証明書の発行や、入院期間及び入院先の証明はできません。入院の証明は、入院した医療機関に依頼してください。

※ 申請書はお一人につき1通必要です。ご家族分必要であれば人数分ご提出ください。

※ 証明書の発行はお一人につき1通です。複数枚必要な場合、ご自身でコピーをしてください。

○送付先 〒790-0813 松山市萱町6丁目30-5 松山市保健所 証明担当