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：以下に〇をつけてください。

（　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