**新型コロナウイルス感染症に係る療養証明申請書**

　　　　　**令和　　年　　月　　日**

**村山保健所長　様**

**新型コロナウイルス感染症に関する療養証明書を申請します。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **（フリガナ）****対象者氏名** | **（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | **性別** | **□男****□女** |
| **生年月日** | **□ 大正　　□ 昭和****□ 平成　　□ 令和　　　　　　　　年　　　　月　　　日** |
| **対象者住所****連絡先** | **〒　　　－****Tel（　　　-　　　　-　　　　）** |
| **申請理由** | **□　保険請求のため　　□　職場に提出するため****□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **療養証明書の****送付先****※対象者または申請者の住所に限ります** | **□　「対象者住所」と同じ****□　「対象者住所」と異なる　（⇒以下に記載してください）** |
| **（フリガナ）****申請者氏名** | **（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）****【対象者との関係：　　　　　　　　　　　　　　　　　】****（例：本人、配偶者、子、父母、祖父母、施設職員、相続人等）** |
| **申請者住所** | **〒　　　　－** |
| **連絡先****※必ず記載してください** | **電話番号** | －　　　　　　　－ |

※　本申請書１枚につき１名申請してください。

※　療養期間中の申請はできませんので、療養期間終了後に申請願います。

※　証明書が複数必要な場合はコピーして使用願います。

※　療養証明書の証明内容は、新型コロナウイルス感染症と診断された日です（診断日＝発症日ではありません）。

※　療養解除後に自己判断で自宅療養を継続した期間がある場合については、その期間を証明することはできません。

【申請書送付先】　　　　　　　　　　　　　　　　　〒９９０－００３１

右記の住所まで、切手を

貼付の上、郵送してください。

　　山形県山形市十日町一丁目６番６号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　村山保健所　保健企画課

　　　　　　　　　　　　　　　　　療養証明書発行担当　行