

宿泊・自宅療養証明書(新型コロナウイルス感染症専用)

本証明書は、医師、病院・診療所・自治体・保健所等の担当者のいずれかの方がご証明ください。

1.氏名		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	年 月 日
2.傷病名	新型コロナウイルス(COVID-19)感染症			
3.療養開始日 (※1)	年	月	日	
4.療養終了日 (※2) (必要な場合のみ記載)	年	月	日	

(※1)

療養開始日は、新型コロナウイルス(COVID-19)感染症の診断日となります。

(※2)

宿泊療養または自宅療養の期間が、厚生労働省の療養解除基準に準じた期間(例：無症状であれば7日間、有症状であれば10日間)の範囲内であれば、宿泊療養または自宅療養の開始日の証明に基づき支払いを行い、宿泊療養または自宅療養の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。このため、宿泊療養または自宅療養の期間が10日以内である場合には、「療養終了日」の記載を省略することがあります。

上記のとおり証明します	記入日	年 月 日
所在地	医師 ・ 担当者 (該当するものに○囲み)	
名称	(担当者の場合 : 役職名)	
電話番号	証明者氏名	

<宿泊療養・自宅療養に係る留意事項>

- ・本証明書における「療養」とは、感染症法に基づき、宿泊施設、居宅またはこれに相当する場所から外出しないことなど、感染症の防止に必要な協力を実施していただくことを意味します。
- ・療養期間は、当該感染症の感染性を有すると考えられる期間であって、症状を有した期間とは必ずしも一致しません。