

療養証明希望

〔 この申請書は、東京都小平市・東村山市・清瀬市・東久留米市
・西東京市内で療養されていた方がご使用できます 〕

東京都多摩小平保健所あて

申請者氏名 _____

(療養をしていた方との続柄 _____)

住所(郵送先) _____

電話番号 _____

新型コロナウイルス感染症にかかる療養証明の発行を申し込みます。

(よみがな) 療養していた方の 氏 名		HER-SYS ID ※わかる方のみ	
療養当時の 住所・電話番号	〒 _____ 電話番号 ()		
生 年 月 日	年 月 日 (西暦で記入)		
療養した時期	年 月 頃	入院の 有・無	無・有(医療機関名: _____)

- ・保健所が把握する情報と異なる場合は照会させていただくことがあります。
- ・申請は、療養をしていたご本人、または、ご本人が未成年者の場合はその保護者のみ行うことができます。
- ・お送りするお知らせは1通です。複数枚必要な場合にはコピーを取ってご使用ください。

【送付いただくもの】

- ① 記入済の「療養証明希望」(本様式)

保健所使用欄

【送付先】↓切り取って送付用にお使いください

〒187-0002

東京都小平市花小金井1-31-24

東京都多摩小平保健所 文書発行担当 宛

※送付先を切り取ったままご提出いただけます。