

文京区

新型コロナウイルス感染症に係る自宅療養終了日通知文交付依頼書

文京区文京保健所予防対策課 宛て

下記理由により新型コロナウイルス感染症に係る自宅療養終了日通知文の交付を依頼します。

依頼年月日		年	月	日
対象者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年	月	日
	住所	丁目 番 号 マンション名等( )		
	連絡先電話番号			
	療養期間	下記の欄に療養終了日をご記入ください。なお、保健所が証明できる療養期間の始期は、 新型コロナウイルス感染症と診断された日からになります。 診断日 から 年 月 日まで		
依頼者 ※対象者以外の方が依頼をする場合	ふりがな			
	氏名			
	住所			
	対象者との続柄			
	連絡先電話番号			
依頼理由	医療保険等請求のため・その他( )			
送付希望先(郵送の場合)	その他( 〒 依頼者住所 ・ 対象者住所 )			

以下は区処理欄につき記入不要です。-----

備考	応対者 ( ) 発送方法 窓口 ・ 後日郵送 ( 発送日 )
----	-----------------------------------