

「新型コロナウイルス感染症に係る療養について」発行申請書

この申請書は、東京都立川市・昭島市・国分寺市・国立市・東大和市・武蔵村山市で療養されていた方が対象です。

東京都多摩立川保健所あて

申請者氏名 _____

(療養をしていた方との続柄: _____ ※)

住 所 : _____

電話番号 : _____

新型コロナウイルス感染症にかかる「療養に関するお知らせ」の発行を申請します。

(よみがな) 療養していた方の氏名	(_____)		
療養当時の 住 所	〒 _____		
生 年 月 日	年 月 日 (西暦で記入)		
HER-SYS ID (※わかる方のみ記入)	療養していた時期	年 月 頃	
療養期間について (該当箇所に○をつけてください)	療養期間を延長しましたか はい・いいえ ※延長された方は療養終了日を記載してください→ 月 日 まで		

※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。

- ・療養期間は保健所が把握している期間での発行となる為、ご記載いただいた期間と相違がある場合がございます。
- ・上記項目について、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。
- ・生命保険会社等の所定の様式には記載しておりません。
- ・お送りする書類は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 記入済の発行申請書（本書）
- ② 返信用封筒（A4 三つ折りサイズのもの（長形3号））
 - ・宛先にご自身の住所(建物名も省略せず記載)と名前を書いてください。
 - ・返信用封筒には切手は不要です。
 (上記①②をお送りいただく保健所宛での封筒には切手が必要です。)

【送付先】↓切り取って送付用にお使いください。

〒190-0023

東京都立川市柴崎町二丁目21番19号

東京都多摩立川保健所 保健対策担当（文書発行担当）宛

保健所使用欄

※送付先を切り取ったままご提出いただけます。