

入院療養期間証明書（新型コロナウイルス感染症専用）

1. 入院療養を受けた方 （氏名）		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）	令和 年 月 日		
4. 療養終了日（※2）	令和 年 月 日		

（※1）「療養開始日」は、入院勧告日（本市が医療機関から発生届を受理した日もしくは以降の日）となります。

（※2）「療養終了日」は、原則、医療機関から報告のあった退院日となります。

本市での証明内容は上記になります。上記以外の期間を証する必要がある場合などは、必要に応じて医療機関へ証明書の発行を依頼してください。

上記のとおり証明します。	
所在地	証明日
大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号	令和 年 月 日
名 称	証明者
大阪市〇〇区保健福祉センター	〇〇区保健福祉センター所長
	〇〇 〇〇

入院療養は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」に基づくものをいいます。